

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ : ΣΕ.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

"Ερευνα : " Η γυναίκα και το κάπνισμα "

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδαστριών :

(1) ΒΛΑΧΟΥ ΣΟΦΙΑ

(2) ΔΑΝΙΗΛ ΑΡΓΥΡΩ

Υπεύθυνος Καθηγητής :

Παπαδημητρίου Μαρία.



Π Α Τ Ρ Α 1 9 9 0

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	352
----------------------	-----



# Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### - ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Ιστορία του καπνού, χρήση και διάδοση του
- Αίτια της γρήγορης χρήσης και διάδοσής του
- Απαγορεύσεις στην χρήση και στην καλλιέργεια του καπνού
- Εξάρτηση απο τον καπνό
- Φαρμακολογία και τοξικολογία του καπνίσματος
- Κάπνισμα και υγεία
- Παθητικό κάπνισμα
- Οικονομικές επιπτώσεις απο το κάπνισμα
- Αιτιολογία του καπνίσματος
- Ταξινόμηση του καπνίσματος και των καπνιστών
- Συχνότητα του καπνίσματος απο τις γυναίκες σε διάφορες χώρες

### - ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Σχεδιασμός έρευνας - Δομή του ερωτηματολογίου -
- Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου
- Χρόνος, τρόπος διεξαγωγής της έρευνας
- Ομάδα στόχος
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση
- Εισηγήσεις - προτάσεις
- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
- ΠΕΡΙΛΗΨΗ - SUMMARY
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στη χώρα μας ελάχιστα στοιχεία υπάρχουν σχετικά με το κάπνισμα απο τις γυναίκες. Ακόμα δεν υπάρχουν στοιχεία για τις γνώσεις τους για τους κινδύνους της υγείας απο το κάπνισμα και τη γενικότερη στάση τους απέναντι σ' αυτό.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις μας παρακίνησαν στο σχεδιασμό και τη πραγματοποίηση αυτής της έρευνας σ' ένα σχετικά μικρό βέβαια αριθμό γυναικών αλλά ενδεικτικό της όλης κατάστασης.

Έτσι ο καθορισμός της πραγματικής έκτασης του προβλήματος και των παραγόντων που ενδεχομένως συμβάλλουν στον πειραματισμό με τα τσιγάρα, και κυρίως στην έναρξη του καπνίσματος, θα βοηθούσε στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση μεθόδων παρέμβασης και στη δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος αποτρεπτικού για το κάπνισμα.

Παράλληλα, φιλοδοξία αυτής της μελέτης είναι να μούν οι βάσεις για εκτενέστερες μελλοντικές έρευνες που θα στοχεύαν τόσο στην παρακολούθηση του προβλήματος και των τάσεων που επικρατούν στους διάφορους κύκλους της κοινωνίας, όσο και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων ή των προγραμμάτων που πιθανόν να εφαρμοσθούν.

Η έρευνα αυτή θα ήταν αδύνατον να πραγματοποιηθεί χωρίς την ουσιαστική και πολύπλευρη βοήθεια και συμπαράσταση των Καθηγητών των Τ.Ε.Ι., Μ. Παπαδημητρίου, Καθηγήτριας Εφαρμογών, κ. Δετοράκη, Καθηγητή Υγιεινής.

Ακόμη στον Ιατρό Παθολόγο κ. Χ. Φραγγίδη, του οποίου η ουσιαστική συμβολή του στην κατάρτιση του ερωτηματολογίου, η συνεχής καθοδήγηση του και οι εύστοχες παρατηρήσεις του σε όλα τα στάδια της εργασίας αποτελούν μικρή μόνο αναφορά της

πολύπλευρης βοήθειάς του.

Τις θερμές μας ευχαριστίες θα πρέπει να εκφράσουμε στον κ. Κ. Τσαχρέλια, Πρόεδρο του Αντικαπνιστικού Συλλόγου Πατρών, καθώς και το Κέντρο Ερευνών των Αθηνών για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Επίσης θέλουμε

- . να ευχαριστήσουμε τους συγγραφείς βιβλίων, αρθρογράφους και εκδότες, επιστημονικών περιοδικών, των οποίων το υλικό χρησιμοποιήσαμε,
- . να ζητήσουμε την επιεική κρίση των αναγνωστών για τις γραφικές και επιστημονικές ατέλειες και ελλείψεις και
- . να ευχηθούμε πως το έργο που εμείς επιχειρήσαμε θα το συνεχίσουν άλλοι με μια δική τους προσφορά.

## Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Οι σελίδες αυτής της Εργασίας που ακολουθούν σκοπό έχουν να δώσουν στον αναγνώστη μιιά εικόνα της σημερινής σύγχρονης γυναίκας σε σχέση με το κάπνισμα.

- Να δει τη συχνότητα των γυναικών που καπνίζουν σε σχέση πάντα με το δείγμα που πήραμε.
- Τις γνώσεις και την ενημέρωση που έχουν οι σημερινές γυναίκες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού.
- Το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν σε σχέση με την ηλικία τους.
- Τις επιδράσεις που δέχθηκαν απο το περιβάλλον τους για να ξεκινήσουν να καπνίζουν.
- Καθώς και όλους εκείνους τους παράγοντες που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στο κάπνισμα των τσιγάρων.

Οι γυναίκες που ρωτήθηκαν στο σύνολό τους αποτελούνται απο 40% νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό ενώ το 60% είναι γυναίκες τυχαίες απο διάφορες περιοχές των Πατρών.

Η Εργασία αυτή διαιρείται σε δύο μέρη:

Το Γενικό Μέρος που περιλαμβάνει την ιστορική αναδρομή για τη χρήση και την καλλιέργεια του καπνού, την ανάλυση των αιτιών που οδήγησαν στην γρήγορη διάδοση και την καθιέρωση της καλλιέργειας και της χρήσης του, την φαρμακολογία και την τοξικολογία του καπνίσματος, τις επιπτώσεις του στην υγεία και τις οικονομικές συνέπειες απ' αυτό και τέλος την αιτιολογία, την ταξινόμηση του καπνίσματος και των καπνιστών και τη συχνότητα του καπνίσματος στις γυναίκες σε διάφορες χώρες.

Το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει τη μεθοδολογία με ιδιαίτερη ανάλυση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε, τα

αποτελέσματα, τη συζήτηση, και τις προτάσεις, την περίληψη και τη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία.

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ, ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΟΣΗ ΤΟΥ

Τα διάφορα είδη του καπνού, η καλλιέργεια και η χρήση των αποξηραμένων φύλλων τους με διάφορους τρόπους και για διάφορους σκοπούς ήταν τελείως άγνωστα στην Ευρώπη και την Ασία πρίν την ανακάλυψη του Νέου Κόσμου. Αντίθετα οι ιθαγενείς της Αμερικάνικης Ηπείρου, όπως φαίνεται απο το σχετικά αρχαιολογικά ευρήματα, όχι μόνο τα γνωρίζουν αλλά τα καλλιεργούσαν και τα χρησιμοποιούσαν εκατοντάδες χρόνια πρίν φθάσει εκεί ο Κολόμβος και οι άλλοι εξερευνητές που ακολούθησαν. Η διάδοση όμως του καπνού στην Ευρώπη συνδέεται με τ' όνομα του Χριστόφορου Κολόμβου που ανακάλυψε όχι μόνο την Αμερική αλλά και τον καπνό.

Στην Αφρική ο καπνός εισήχθει στην Αίγυπτο απο τους Τούρκους του 16ου αιώνα. Γύρω στα 1560 οι Πορτογάλοι και οι Ισπανοί μετέφεραν τον καπνό στην Ανατολική Ακτή και απο κεί η καλλιέργεια του επεκτάθηκε στην Κεντρική, τη Δυτική και τη Νότια Αφρική.

Στη Ρωσία ο καπνός εμφανίζεται την εποχή του Ιβάν του Τρομερού απο Άγγλους εμπόρους. Η συστηματική όμως καλλιέργεια του, αρχίζει πολύ αργότερα, όταν ο Μέγας Πέτρος κατάργησε όλες τις απαγορεύσεις για τη χρήση και τη καλλιέργειά του καπνού. Τότε δημιουργούνται και οι μεγάλες φυτείες στην Κριμαία, στον Καύκασο και αργότερα στις περιοχές του Βόλγα.

Στην Ουγγαρία η καλλιέργεια του καπνού άρχισε τον 18ο αιώνα απο τον Ούγγρο Πρόξενο στη Θεσ/νίκη που χρησιμοποίησε για το σκοπό αυτό καλλιεργητές απο τη Μακεδονία.



Οι κυριότεροι και φανατικότεροι οπαδοί του καπνίσματος ήταν οι στρατιώτες και οι ναυτικοί. Έτσι οι μέν στρατιώτες με τους πολέμους δίδαξαν τη χρήση τους σ' όλη την Ευρώπη, οι δε ναυτικοί τον μετέφεραν και στις πιο μακρινές περιοχές του κόσμου. Ακόμη χρησιμοποιούσαν το φύλλο του καπνού και τη στάχτη για τη θεραπεία των πληγών. Αυτό έδωσε αφορμή να αποδοθούν στο καπνό θεραπευτικές ιδιότητες.

Οι γιατροί εκείνης της εποχής πίστευαν στις θεραπευτικές ιδιότητες του καπνού αποδίδοντάς του την ικανότητα ν' αφαιρεί την κόπωση, "να βγάζει τα φλέματα", να ανακουφίζει από τη δύσπνοια. Έφταναν μάλιστα σε σημείο όταν ξεσπούσε πανούκλα να αναγκάζουν τα παιδιά να καπνίζουν τσιγάρα για να προφυλαχθούν απ' αυτήν.

Σύντομα όμως οι περιπτώσεις βαριών δηλητηριάσεων από το καπνό, προκάλεσαν διωγμούς των καπνιστών σε διάφορες χώρες. Στην Αγγλία τον 16ο αιώνα τους καταδίκασαν σε θάνατο. Στην Ιταλία αφορίζε ο Πάπας τους Καθολικούς που κάπνιζαν ή μύριζαν καπνό.

Στην Τουρκία τον 17ο αιώνα παλούκωναν τους καπνιστές. Στην Περσία τους έκοβαν τα ρουθούνια και έκαιγαν τους εμπόρους του καπνού στη φωτιά. Κι όμως παρά τους διωγμούς αυτούς ο καπνός διαδίδονταν θριαμβευτικά σ' όλες τις Ηπείρους. Ανθούσε το λαθρεμπόριο του καπνού κι έγινε μέσο αισχροκερδείας.

Αυτός ήταν ο λόγος που καταργήθηκε η απαγόρευση για το κάπνισμα στην Ισπανία, στην Αγγλία και μετά στις άλλες χώρες.

Στην Ελλάδα η καλλιέργεια του καπνού άρχισε στα μέσα του 17ου αιώνα, όταν ο Σουλτάνος Σουλεϊμάν Β' κατάργησε όλες τις απαγορεύσεις για την καλλιέργεια και την χρήση του καπνού.

Οι πρώτες καλλιέργειες έγιναν στα περίχωρα της Θεσσαλονίκης και στις περιοχές της αριστερής όχθης του Αξιού. Στη συνέχεια η καλλιέργεια του επεκτείνεται στη Θράκη και σε άλλες περιοχές της χώρας μας (Παπασπυρόπουλος 1968).

Στατιστικά στοιχεία για την καλλιέργεια και τη παραγωγή καπνού υπάρχουν από το 1881. Τη χρονιά αυτή καλλιεργήθηκε έκταση 52.000 στρεμμάτων και η παραγωγή έφθασε τους 3.500 τόνους, για να τριπλασιασθεί μέχρι τους Βαλκανικούς πολέμους του 1912-1913. Κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου η παραγωγή φθάνει σε πολύ χαμηλά επίπεδα και από το 1945 αρχίζει και πάλι να αυξάνει.

Ο καπνός αποτελεί ισχυρό παράγοντα στην οικονομία της Ελλάδος και χαρακτηρίζεται σαν κατ' εξοχήν προϊόν και εξυπηρετεί βασικά την εθνική και την ιδιωτική οικονομία.

## ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΔΙΑΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Η διάδοση της καλλιέργειας και της χρήσης του καπνού με διάφορους τρόπους σε όλο σχεδόν τον κόσμο έγινε σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα.

Η μεγάλη εξάπλωση της χρήσης του είναι εντυπωσιακή, ιδιαίτερα αν σκεφθεί κανείς τις ποικίλες απαγορεύσεις, που κατά καιρούς επέβαλαν η εκκλησιαστική και η κοσμική εξουσία, στις οποίες συχνά περιλαμβάνονται σκληρές και αποτρόπαιες τιμωρίες. Εξάλλου ούτε οι πρώιμες διαπιστώσεις των βλαπτικών συνεπειών από τη χρήση του καπνού, ούτε η σημερινή τεκμηριωμένη πλέον πολλαπλή τοξικότητά του, στάθηκαν ικανές να περιορίσουν τη χρήση του. Τα παραπάνω πρέπει να αποδοθούν σε δύο κυρίως λόγους:

- (I) Στο ότι ο καπνός αποτέλεσε σημαντική πηγή προσόδων για τα κράτη και εξαιρετικά πρόσφορο καλλιεργητικό είδος για τους μικροκτηματίες. Επειδή ο καπνός δεν ήταν είδος πρώτης ανάγκης οι κυβερνήσεις αναλάμβαναν για λογαριασμό τους, τη μονοπωλιακή διάθεσή του ή το επιβάρυναν με διάφορους δασμούς, τέλη παραγωγής και φορολογίες εισαγωγής και κατανάλωσης.
- (II) Στην ιδιότητα της νικοτίνης, του κύριου δραστικού αλκαλοειδούς των φύλλων των διαφόρων ειδών νικοτιανής, να προκαλεί εξάρτηση. Η φαρμακολογική αυτή ιδιότητα της νικοτίνης, προδιαθέτει για συχνή επαναληπτική χρήση. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι κυρίως ψυχολογική, αν και η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται και από αρκετά συμπτώματα και σημεία, δηλωτικά και κάποιου βαθμού σωματικής εξάρτησης.

## ΑΠΑΓΟΡΕΥΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Οι πρώτοι περιορισμοί στην καλλιέργεια του καπνού επιβλήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για οικονομικούς λόγους, αλλά οι ίδιοι ακριβώς λόγοι οδήγησαν στη γρήγορη κατάργηση των απαγορεύσεών.

Απο την δεκαετία του 1960 η αναγνώριση του καπνίσματος σαν ενός απο τους μεγαλύτερους κινδύνους για την υγεία, ο υπολογισμός της μεγάλης οικονομικής επιβάρυνσης που συνεπάγεται και η τεράστια πίεση απο τον ιατρικό κόσμο υποχρέωσε τις κυβερνήσεις πολλών κρατών να αρχίσουν πάλι τη μάχη κατά του καπνίσματος και να επιδοθούν σε έντονες αντικαπνιστικές εκστρατείες.

Τα σύγχρονα αντικαπνιστικά μέτρα είναι κυρίως η νομοθεσία, η πληροφόρηση και η εκπαίδευση σε θέματα υγείας.

Έχει διαπιστωθεί ότι εφόσον αυτά τα μέτρα ξεκινήσουν μαζί, είναι καλά συντονισμένα και οργανωμένα έχουν συνεργική δράση.

### (I) Νομοθετικά μέτρα

α. Ένα απο τα πρώτα νομοθετικά μέτρα ήταν η υποχρέωση των καπνοβιομηχανιών να αναγράφουν στα πακέτα των τσιγάρων προειδοποιήσεις για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Το μέτρο αυτό ισχύει σήμερα σε 40 περίπου χώρες:

Αναφέρουμε χαρακτηριστικά παραδείγματα απο διάφορες χώρες όπως:

- η Αγγλία : "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΛΑΨΕΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ"
- οι ΗΠΑ :- "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ, ΕΜΦΥΣΗΜΑ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΠΙΠΛΕΞΕΙ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ"

"ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΣΑ ΣΥΝΕΠΕΙΑ

ΒΛΑΒΗ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ, ΠΡΩΩΡΟ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ"

- η Ισλανδία: "ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΘΕΤΕΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ"  
"ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΤΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ"
- η Νορβηγία: "Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΝΟΣΗΣΗΣ"
- η Αυστραλία: "ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ".

β. Η απαγόρευση της διαφήμισης και της προώθησης των τσιγάρων απο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

γ. Απαγόρευση της αγοράς και της κατοχής τσιγάρων και των άλλων προϊόντων του καπνού σε άτομα ηλικίας κάτω των 16 χρόνων.

δ. Απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς δημόσιους χώρους και κοινόχρηστους.

ε. Απαγόρευση της κυκλοφορίας τσιγάρων που αποδίδουν βλαπτικούς παράγοντες όπως η πίσσα, η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα πάνω απο καθορισμένα όρια όπως συμβαίνει στην Αίγυπτο, το Κουβέϊτ, και τη Φιλανδία.

## (II) Ενημερωτικά και μορφωτικά προγράμματα

### α. Πληροφόρηση:

Με δημοσιεύσεις στις εφημερίδες και τα περιοδικά, τακτικές εκπομπές απο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

### β. Προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.

Η χρησιμοποίηση τεχνικών δημοσίας εκπαίδευσης για την ενθάρρυνση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα υπήρξε

επιτυχής στον Καναδά, τις ΗΠΑ και στην Φιλανδία.

#### γ. Προγράμματα πρόληψης

Η αποτροπή των νέων απο το να αρχίσουν το κάπνισμα φαίνεται να είναι πιο αποδοτική, παρά τις προσπάθειες να πεισθούν οι ενήλικες καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα.

### (III) Οικονομικές παρεμβάσεις

#### α. Φορολογία

Η αύξηση της φορολογίας είναι το πιο ισχυρό όπλο στον έλεγχο του καπνίσματος. Κλασσικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου πέντε αυξήσεις στις τιμές των τσιγάρων απο το 1974-1978 είχαν σαν συνέπεια τη μείωση της συνολικής κατανάλωσης των τσιγάρων, κατά 9%.

#### β. Αντικατάσταση της καλλιέργειας του καπνού

Η πλήρης κατάργηση της καλλιέργειας του καπνού είναι μάλλον μία ιδεαλιστική άποψη για το πρόβλημα παρά μία εφικτή πραγματικότητα. Μέχρι σήμερα καμιά χώρα δεν επιχείρησε κάτι τέτοιο. Ίσως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας θα πρέπει να καταρτίσει και να χρηματοδοτήσει σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις των Κρατών προγράμματα αντικατάστασης της καλλιέργειας του καπνού με άλλα είδη.

Άλλες προτάσεις για την υλοποίηση των οποίων όμως χρειάζονται περισσότερα χρήματα είναι:

- (1) Έκδοση ειδικού τετράπτυχου που θα αναλύει τη σχέση υγείας-καπνίσματος.
- (2) Φιλοτέχνηση αφίσας για το γενικό πληθυσμό της χώρας, η οποία θα τοποθετηθεί στα δημόσια κτίρια, συγκοινωνιακά μέσα, δήμους και κοινότητες.

- (3) Φιλοτέχνηση αφίσας που θα απευθύνεται στους μαθητές, η οποία βοηθά στην "απομυθοποίηση του πρώτου τσιγάρου".
- (4) Αντικαπνιστικές γελοιογραφίες, που θα απευθύνονται σε παιδιά και σε ενήλικες και θα καταχωρηθούν στον Τύπο.
- (5) Ειδικά έντυπα με θέμα το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης και οι βλαβερές συνέπειες του.
- (6) Αγορά ειδικών αντικαπνιστικών βίντεο από διεθνείς οργανισμούς, που θα προβληθούν από την τηλεόραση, καθώς και η παραγωγή άλλων παρόμοιων από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοια και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

## ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ

Η ιστορία του καπνού δείχνει πως κανένας πληθυσμός δεν κατάφερε να ξεφύγει από τη χρήση του και ακόμα πως κανένας πληθυσμός δεν εγκατέλειψε μιά μορφή χρήσης του χωρίς να την αντικαταστήσει με μιά άλλη (RUSSELL 1974).

Στη σημερινή κοινωνία το κάπνισμα τσιγάρων όχι μόνο έχει τη θέση του στη καθημερινή μας ζωή αλλά είναι και απόλυτα αποδεκτό συγκριτικά μάλιστα με τη χρήση των άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Για παράδειγμα, είναι κοινωνικά αποδεκτό να καπνίζει κάποιος το πρωί, όχι όμως να πίνει οινοπνευματώδη.

Αυτή η σχεδόν απόλυτη κοινωνική αποδοχή του καπνίσματος μας κάνει συχνά να ξεχνάμε το γεγονός ότι η νικοτίνη ανήκει στις εξαρτησιογόνες ψυχοτρόπες ουσίες.

Το κάπνισμα σε μορφή εξάρτησης μας επιτρέπει να αντιληφθούμε την αποτυχία διακοπής του με ύπνωση, θεραπεία συμπεριφοράς, ομαδική θεραπεία κ.λ.π.

Οι περισσότεροι καπνιστές συνεχίζουν να καπνίζουν όχι τόσο γιατί το θέλουν, αλλά γιατί δεν μπορούν εύκολα να σταματήσουν. Ένας από τους πιο πιθανούς λόγους αυτής της δυσκολίας είναι η γρήγορη εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης (SCHACHTER 1978).

Στη Μεγάλη Βρετανία 15 χρόνια κορίτσια, μαθήτρες στη μέση Εκπαίδευση, που κάπνιζαν 20 ή και περισσότερα τσιγάρα την εβδομάδα ρωτήθηκαν για τους λόγους που δεν σταματούν το κάπνισμα αφού υπάρχει πιθανότητα να τους προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονος. Το 62% παραδέχθηκε αδυναμία να σταματήσει το κάπνισμα, ενώ τα 2/3 των πιο βαριών καπνιστριών αναγνώριζαν ότι είχαν πρόβλημα εξάρτησης (BYNNER 1969).



Η νικοτίνη είχε αναγνωρισθεί απο πολύ παλιά σαν πιθανή αιτία εξάρτησης, γεγονός που τεκμηριώθηκε με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν τα δέκα τελευταία χρόνια.

Οι περισσότεροι κάπνιζαν για να προσλάβουν την επιθυμητή δόση νικοτίνης, ρουφηξιά με ρουφηξιά, λεπτό με λεπτό και ημέρα με την ημέρα. Εξάλλου δεν ικανοποιούνται με τσιγάρα χωρίς νικοτίνη, και μόνο το 9% απο τους άνδρες και 19% απο τις γυναίκες υποστηρίζουν ότι δεν εισπνέουν τον καπνό (TOBACCO RESEARCH COONCIL 1969).

Οι παρατηρήσεις του DENSON σε καπνίστριες περισσότερών απο 20 τσιγάρων την ημέρα δείχναν ότι το κατώτερο όριο, στο οποίο μπορεί να περιοριστεί το κάπνισμά τους, είναι 8-10 τσιγάρα.

Ακόμη ότι το κατώτερο όριο καπνίσματος μπορούσε να διατηρηθεί με μεγάλη δυσκολία και μόνον προσωρινά, γιατί η κατανάλωση αυξανόνταν προοδευτικά και έφθανε και πάλι στα προηγούμενα επίπεδα (DENSON 1976).

Με τα όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα φαίνεται ότι οι περισσότεροι καπνιστές, εκτός απο την ισχυρή ψυχολογική εξάρτηση, καλύπτουν τα κριτήρια και για σωματική εξάρτηση και ειδικότερα την αντοχή και τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης.

Είναι γενικά γνωστό ότι η απότομη διάκοπή του καπνίσματος ή η στέρηση του τσιγάρου απο τους βαρείς καπνιστές ή ακόμα και η πειραματική τυφλή αντικατάσταση των συνηθισμένων τσιγάρων με άλλα χαμηλής απόδοσης σε νικοτίνη, μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση δυσάρεστων συμπτωμάτων και σημείων.

Στα κοινά ψυχολογικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η

ανησυχία, η ευερεθιστικότητα, η νευρική κατάσταση, η ζάλη και η σφοδρή επιθυμία. Τα υποκειμενικά αυτά συμπτώματα μπορεί να συνοδεύονται και από αδυναμία διεξαγωγής εργασιών που απαιτούν παρατεταμένη προσοχή, διαταραχή του χρόνου αντίληψης, μείωση της ικανότητας για προσεκτική οδήγηση και για την εκτέλεση μονότονων ψυχοκινητικών εργασιών.

Στα σωματικά σημεία που συνοδεύουν τη διακοπή ή τη στέρηση του καπνίσματος περιλαμβάνονται, η ελάττωση της καρδιακής συχνότητας και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος των δακτύλων λόγω περιφερειακής αγγειοδιαστολής και η αύξηση των βραδέων κυμάτων στο ΗΕΓ, που εξαφανίζονται με το κάπνισμα 2-3 τσιγάρων. Ακόμα μπορεί να εμφανιστεί κεφαλαλγία, διαταραχές του ύπνου, και γαστρεντερικές διαταραχές.

Από τα μέσα της δεκαετίας του '40 παρατηρήθηκε ότι μερικοί καπνιστές ανέφεραν συμπτώματα στέρησης με το κάπνισμα τσιγάρων, με χαμηλή απόδοση σε νικοτίνη. Ακόμη παρατηρήθηκε ότι η χρήση τέτοιων τσιγάρων μείωνε την καρδιακή συχνότητα και μερικές φορές οδηγούσε σε στερητικά συμπτώματα.

Ακόμα διάφορες μελέτες έδειξαν ότι η αντικατάσταση της νικοτίνης που προσλαμβάνεται με το κάπνισμα με την πρόσληψη της από τσιγάρους που αποδίδουν 2 MG νικοτίνης περιορίζει πολλά από τα στερητικά συμπτώματα, σε αντίθεση με τα PLACEBO.

Η νικοτίνη στις τσιγάρους αυτές είναι συνδεδεμένη σε ένα σύμπλεγμα ρητίνης, απελευθερώνεται σιγά-σιγά με το μάσημα και απορροφάται από το βλενογόνο του στόματος.

Ελεγχόμενες έρευνες έδειξαν ότι η τσιγάρα νικοτίνης μπο-

ρεί να βοηθήσει τους καπνιστές να διατηρήσουν την αποχή τους απο το κάπνισμα κάτω απο προσεκτική επίβλεψη και με τις κατάλληλες οδηγίες για τη χρήση της. Όμως και αυτό μπορεί να μην είναι αποτέλεσμα της δράσης της τσίχλας νικοτίνης, αφού η διακοπή του καπνίσματος εξαρτάται και απο πολλούς άλλους παράγοντες στους οποίους συμπεριλαμβάνεται το κίνητρο για διακοπή και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την επιτυχή αντιμετώπιση της αποχής.

Μετά τα όσα αναφέρθηκαν μέχρι τώρα, η χρησιμοποίηση του όρου "συνήθεια" για τη χρήση του καπνού είναι άστοχη και ανακριβής. Και τούτο γιατί το κάπνισμα σαν συνήθεια δηλώνει μία μορφή συμπεριφοράς, που μπορεί να αλλάξει απο το ίδιο το άτομο, με τη δύναμη της θέλησής του.

Το ποσοστό όμως των ατόμων που σταματά οριστικά το κάπνισμα πριν την ηλικία των 60 χρόνων δεν ξεπερνά το 15%, ενώ το περιστασιακό ή διακεκομένο κάπνισμα είναι σπάνιο περίπου το 2% των καπνιστών. Αντίθετα το κάπνισμα σαν εξάρτηση απαιτεί ιατρική φροντίδα και ανάλογες ερευνητικές και θεραπευτικές προσπάθειες. Επιπρόσθετα ο όρος "συνήθεια" δημιουργεί στους νέους καπνιστές παρερμηνείες και τους δίνει εσφαλμένες πληροφορίες που υποσκάπτουν την χρησιμότητα της αντικαπνιστικής προπαγάνδας. Ο νέος ή η νέα που δεν γνωρίζει ότι το κάπνισμα είναι μια μορφή φαρμακευτικής εξάρτησης και πιστεύει ότι μπορεί να το σταματήσει εύκολα αν το θελήσει πραγματικά, συνεχίζει να καπνίζει και χωρίς να το συνειδητοποιεί, καταλήγει να εξαρτάται απο τη νικοτίνη.

Τέλος η αποδοχή της έννοιας της εξάρτησης απο το κά-

πνισμα θα κατευθύνει τις ενέργειές μας στην πρόληψή του, που  
εξακολουθεί ακόμα να είναι ο μόνος εγγυημένος τρόπος προσέγ-  
γίσης για την επίλυση του προβλήματος.-

## ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

### (Α) ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ

#### - Π Ι Π Α

Στην Ευρώπη απο τον 16ο αιώνα μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα χρησιμοποιήθηκαν σε μεγάλη έκταση οι πήλινες πίπες.

Στην Αγγλία το κάπνισμα με πίπα υπήρξε μέχρι τις αρχές του αιώνα μας ο πιο συνηθισμένος τρόπος χρήσης του καπνού, οπότε το κάπνισμα τσιγάρων πήρε το προβάδισμα.

Ανατολίτικη εξέλιξη της πίπας είναι ο ναργιλές ή αργιλές που θεωρείται Περσική επινόηση. Ο ναργιλές υπήρξε ιδιαίτερα δημοφιλής στην Περσία την Τουρκία, την Ελλάδα και τις χώρες της Βόρειας Αφρικής όπου ακόμα και σήμερα χρησιμοποιείται.

#### - Π Ο Υ Ρ Ο

Στα Ελληνικά η λέξη "Πούρο" προέρχεται απο την επιγραφή "PURO AVANA" που ήταν γραμμένη στο κουτί τους.

Το πούρο αποτελείται είτε απο ολόκληρα, είτε απο χοντροκομμένα φύλλα καπνού, τυλιγμένα σε κύλινδρο.

Τον 16ο αιώνα το κάπνισμα πούρων ήταν περιορισμένο στην Ισπανία, την Πορτογαλία και τις περιοχές που είχαν κάτω απο τον έλεγχό τους και αποτελούσε σύμβολο εξαιρετικής ευημερίας.

Το κάπνισμα πούρων διαδόθηκε απο την Ολλανδία στην Γερμανία, την Ελβετία και τις Σκανδιναβικές χώρες. Μέχρι πρόσφατα, πριν εκτοπισθεί δηλαδή απο το τσιγάρο ήταν η συνηθέστερη μορφή χρήσης καπνού.

- Μ Α Σ Η Μ Α

Το μάσημα παρ' όλο ότι ήταν ένας πολύ παλιός τρόπος χρήσης του καπνού σε μερικές περιοχές της Αμερικής, ποτέ δεν απέκτησε μεγάλη δημοσιότητα στην Ευρώπη. Ο τρόπος αυτός χρησιμοποιήθηκε κυρίως απο τους ναυτικούς που τους απαγόρευαν το κάπνισμα για το φόβο πυρκαγιάς.

Σήμερα ο τρόπος αυτός χρησιμοποιείται κυρίως απο τους εργάτες βιομηχανιών στις οποίες το κάπνισμα απαγορεύεται.

- Ε Ρ Ρ Ι Ν Ι Σ Μ Ο Σ (εισπνοή)

Οι πρώτες πληροφορίες απο την Αμερική για την πρόσληψη του καπνού με ερρινισμό συγχέονται με την εισπνοή σκόνης άλλων ψυχοτρόπων ουσιών.

Στην Ευρώπη αυτός ο τρόπος χρήσης άρχισε να διαδίδεται παράλληλα με το κάπνισμα πίπας.

Στις χώρες της Ασίας το 17ο αιώνα, όπου το κάπνισμα ετιμωρείτο αυστηρά, η λήψη καπνού με εισπνοή αποτελούσε την εναλλακτική λύση.

Στις μέρες μας η χρήση καπνού με ερρινισμό εξακολουθεί να γίνεται στη Βρετανία και τις Η.Π.Α., όπου καταναλώνονται κάθε χρόνο 25 εκατοστά POUNDS καπνού με αυτόν τον τρόπο.

- Τ Σ Ι Γ Α Ρ Ο

Το τσιγάρο είναι η κατ' εξοχήν ευρωπαϊκή συνεισφορά στους τρόπους χρήσης του καπνού.

Η ονομασία φαίνεται ότι προέρχεται απο την Ισπανική λέξη

"σιγάρον" και στην αρχή δήλωνε κάποια ποιότητα καπνού Αβάνας. Το πρώτο εργοστάσιο παραγωγής τσιγάρων ιδρύθηκε στη Δρέσδη το 1862 απο Έλληνα της Ρωσίας.

Απο το 1881 αρχίζει η παραγωγή βιομηχανοποιημένων τσιγάρων στις Η.Π.Α., η τιμή τους περιορίζεται σημαντικά και αρχίζουν να εκτοπίζουν απο την αγορά την κατανάλωση των άλλων μορφών χρήσης του καπνού.

Στην Ελλάδα οι δύο πρώτες μηχανές παραγωγής τσιγάρων εισήχθησαν στο τέλος του 1919 απο τους Βιομηχάνους Κ. Βάρκα και Β. Καραβασίλη. Η εισαγωγή τους μάλιστα προκάλεσε εξέργεση και απεργίες των καπνεργατών.

#### (B) ΧΗΜΙΚΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Η σύσταση του καπνού του τσιγάρου έχει μελετηθεί καλύτερα και πληρέστερα απο ότι του πούρου και της πίπας, γι' αυτό απο δώ και πέρα θα ασχοληθούμε κυρίως με αυτή.

Η σύσταση του καπνού εξαρτάται απο πολλούς παράγοντες και κυρίως απο:

(α) Τις φυσικές και χημικές ιδιότητες των φύλλων.

Αυτές καθορίζονται απο το είδος, την ποικιλία, τον τόπο και τον τρόπο καλλιέργειας του φυτού και τέλος απο τον τρόπο της συντήρησης και επεξεργασίας των φύλλων.

(β) Τον τρόπο κατασκευής του τσιγάρου (το αραιό ή πυκνό γέμισμα, τα χαρακτηριστικά του χαρτιού και του φίλτρου).

(γ) Τον τρόπο καπνίσματος και την τεχνική του καπνιστή, που καθορίζουν τη θερμοκρασία της καύσης. Το ΡΗ του καπνού

είναι ιδιαίτερης σημασίας, επειδή επηρεάζει την αναλογία της νικοτίνης και των βασικών συστατικών της αέριας φάσης. Όσο μεγαλύτερο είναι το PH του καπνού τόσο μεγαλύτερη είναι η ποσότητα της νικοτίνης που περιέχεται στο κύριο και περιφερικό ρεύμα καθώς και στην αέρια φάση του καπνού.

### (Γ) ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

Η απορρόφηση της νικοτίνης γίνεται κυρίως από τις κυψελίδες εφόσον εισπνέεται ο καπνός και με ταχύτητα που πλησιάζει αυτή της ενδοφλέβιας χορήγησής της.

Μέρος της μπορεί να απορροφάται από το βλενογόνο του στόματος αλλά και από το υγιές δέρμα.

Ο βαθμός απορρόφησής της από το βλενογόνο του στόματος επηρεάζεται σημαντικά από το PH του καπνού-όσο ψηλότερο το PH τόσο μεγαλύτερη η απορρόφησή της.

Έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι οι καπνιστές τροποποιούν ασυνείδητα τη συχνότητα και το βάθος των εισπνοών τους ώστε να διατηρούν σταθερή την πρόσληψη νικοτίνης. Έτσι όταν η συνηθισμένη μάρκα τους αντικαθίσταται με άλλη με χαμηλή απόδοση σε νικοτίνη, αυξάνουν το βάθος και τη συχνότητα των εισπνοών για να αναπληρώσουν την ελλειψόμενη πρόσληψη νικοτίνης, ενώ συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο με το κάπνισμα τσιγάρων με υψηλή απόδοση σε νικοτίνη.

Η νικοτίνη που απορροφάται από τους πνεύμονες φθάνει στο Κ.Ν.Σ. σε 8 SEC, δηλαδή πολύ πιο σύντομα από κάποιο φάρ-



μακο που χορηγείται ενδοφλέβια στο άνω άκρο και που χρειάζεται 14 SEC για να φθάσει στο Κ.Ν.Σ. Συγκεντρώνεται κυρίως στο φασί του εγκεφάλου, τον προμήκη μυελό, τον ιππόκαμπο, τον θάλαμο, τον υποθάλαμο και τον αμφιβληστροειδή.

Επίσης προσλαμβάνεται και απο τους ιστούς, στους οποίους δρά, και κυρίως απο τον μυελό των επινεφριδίων, τα γάγγλια του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και τα τοιχώματα των αγγείων.

Η απομάκρυνση της απο το πλάσμα γίνεται με την είσοδό της στους νεφρούς, το ήπαρ, το σάλλιο, το γαστρικό υγρό και έχει την ίδια τύχη όπως και οι άλλες χημικές ουσίες. Φυσιολογικά, το 10% της νικοτίνης που προσλαμβάνει ο καπνιστής με το κάπνισμα τσιγάρου αποβάλλεται αναλλοίωτα στα ούρα. Το ποσοστό αυτό μπορεί να φθάσει μέχρι το 50% όταν η νεφρική επαναρρόφηση ελλατώνεται με την οξίνιση των ούρων. Το υπόλοιπο της νικοτίνης μεταβάλλεται απο τα μικροσωμιακά ενζυμικά συστήματα, που εμφανίζουν επαγωγή με το συστηματικό κάπνισμα.

Ο κύριος μεταβολίτης της νικοτίνης είναι το οξειδωμένο παράγωγό της, η κοτιτίνη. Η κοτιτίνη δε δρά μεν σαν νικοτινικός αγωνιστής αλλά πιθανολογείται ότι προκαλεί ψυχοκινητική διέγερση και έχει αντικαταθλιπτική δράση.-

## ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η πρώτη πραγματεία κατά του καπνίσματος με τίτλο "Αντεπίθεση στον καπνό", γράφτηκε απο το Βασιλιά Ιάκωβο Α' της Αγγλίας και τυπώθηκε ανώνυμα στα 1604. Χαρακτηρίζει το κάπνισμα "Παρακλάδι της αμαρτίας της μέθης, που είναι η ρίζα όλων των "αμαρτιών" και το καταδικάζει σε μία "συνήθεια απαί-σια στην όραση, απεχθή στην όσφρηση, βλαβερή στον εγκέφαλο, επικίνδυνη στους πνεύμονες.

Έπρεπε να περάσουν τρισήμισυ αιώνες για να αποδειχθεί πόσο προφητικά σωστές ήταν στο μεγαλύτερο μέρος τους οι παραπάνω παρατηρήσεις.

Έχει αποδειχθεί η σχέση του καπνίσματος τόσο με την κανονική χρήση οινοπνευματωδών, όσο και με τον αλκοολισμό. Το 92% των ενηλίκων αλκοολικών βρέθηκε ότι ήταν καπνιστές και μάλιστα με τόση για βαρύ κάπνισμα.

Παράλληλα όμως έχει διαπιστωθεί ότι το οινόπνευμα έχει συνεργική δράση με το κάπνισμα, για την πρόκληση καρκίνου του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στόματος.

Στις αρχές του 18ου αιώνα αρχίζουν οι πρώτες διαπιστώσεις της σχέσης ανάμεσα στον καρκίνο των χειλέων και της χρήσης του καπνού. Το κάτω χείλος μάλιστα είναι ιδιαίτερα ευ-πρόσβλητο επειδή συμπιέζεται μεταξύ της πίπας και των δοντιών. Στο τέλος του 19ου αιώνα πολλοί έμπειροι χειρουργοί είχαν διαπιστώσει ότι το κάπνισμα θα μπορούσε να προκαλέσει καρκίνο της γλώσσας.

Η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα αρχίζει να διαπιστώνεται ανεξάρτητα απο πολλά άτομα, όταν η συχνότητα του αρχίζει να αυξάνεται. Οι πρώτες μάλιστα

αναφορές τον θεωρούν επαγγελματική νόσο. Ο ROTTMAN (1898) ει-  
σηγείται ότι οι φυσικές και οι χημικές επιδράσεις της σκόνης  
του καπνού μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του πνεύμονα στους  
καπνεργάτες. Ενώ ο PEARL αρκετά χρόνια αργότερα υποστήριξε  
ότι οι καπνιστές ζούν λιγότερα χρόνια απο τους μή καπνιστές.

Στις αρχές του 1964 δημοσιεύεται η πρώτη ανακοίνωση της  
Αμερικανικής Εταιρείας Χειρουργών που αναγνωρίζει το κάπνισμα  
σαν την μόνη απο τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και  
θνησιμότητας που θα μπορούσε να προληφθεί.

Στη Μεγάλη Βρετανία ο αριθμός των προώρων θανάτων που  
σχετίζονται αιτιολογικά με το κάπνισμα υπολογίζεται σε 100.000  
περίπου το χρόνο δηλαδή το 18% του συνολικού αριθμού θανάτων.

Η αναμενόμενη διάρκεια ζωής των καπνιστών είναι 5-8  
χρόνια περίπου μικρότερη σε σύγκριση με τους μή καπνιστές.  
Με βάση τον παραπάνω υπολογισμό ο καπνιστής αφαιρεί 5,5 λε-  
πτά περίπου απο τη ζωή του με κάθε τσιγάρο που καπνίζει.

Η φύση και η βαρύτητα των βλαπτικών επιδράσεων του κα-  
πνίσματος τσιγάρων στην υγεία ποικίλει σημαντικά στα διάφορα  
άτομα.

Στους πιθανούς καθοριστικούς παράγοντες περιλαμβάνονται:

- η διάρκεια και η συχνότητα του καπνίσματος
- η ταυτόχρονη παρουσία ή μη άλλης νόσου
- η ηλικία και το φύλλο του καπνιστή και
- η περιβαλλοντική έκθεση του καπνιστή.

Μερικές απο τις επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία,  
είναι άμεσες, ενώ άλλες χρειάζονται χρόνια για να αναπτυχθούν.  
Σχεδόν κάθε καπνιστής παρουσιάζει "το βήχα του καπνιστή" και

άλλα ευρήματα χρόνιας βρογχίτιδας, αλλά απαιτούνται χρόνια καπνίσματος πριν εκδηλωθεί ο καρκίνος του πνεύμονα ή άλλοι τύποι καρκίνου.

### ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

Στις Η.Π.Α. υπολογίστηκε ότι απο τους 60.000 θανάτους το 1983 από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια το 80-90% οφείλονται στο κάπνισμα και κατά συνέπεια θα μπορούσαν να προληφθούν. Η σχετική αύξηση του καπνίσματος απο τις γυναίκες οδήγησε σε ελάτωση της αναλογίας θνησιμότητας ανδρών/γυναικών απο 4,3:1 το 1970 σε 2,3:1 το 1980. Τα αποτελέσματα τόσο των προδρομικών όσο και των αναδρομικών ερευνών δείχνουν ότι υπάρχει μιά σταθερή ομοιόμορφη αύξηση της θνησιμότητας απο χρόνια αποφρακτική νόσο των πνευμόνων τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που καπνίζουν σε σύγκριση με τους μή καπνιστές.

### ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

#### Καρκίνος του πνεύμονα

Η επίπτωση του καρκίνου του πνεύμονα αυξάνει σήμερα με ταχύτερο ρυθμό στις γυναίκες απο ότι στους άνδρες. Το 1969 πέθαναν στις Η.Π.Α. 50.000 άνδρες απο καρκίνο του πνεύμονα και το 1979 72.800. Παρατηρήθηκε δηλαδή μιά αύξηση 44%. Τις ίδιες χρονιές πέθαναν αντίστοιχα 11.300 και 25.600 γυναίκες απο καρκίνο του πνεύμονα, αύξηση 120%. Έτσι σήμερα

ο καρκίνος του πνεύμονα εκτόπισε απο τη πρώτη θέση τον καρκίνο του μαστού σαν κύρια αιτία θανάτου απο κακοήθεις νεοπλασίες στις Αμερικανίδες.

Και στη χώρα μας διαπιστώθηκε επίσης ότι υπάρχει επίσης στατιστικά σημαντικά ισχυρή σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα απο τις Ελληνίδες και του καρκίνου του πνεύμονα. Ο σχετικός κίνδυνος στις γυναίκες που καπνίζουν να αναπτύξουν καρκίνο του πνεύμονα βρέθηκε ότι είναι 4:3. Η διαπίστωση αυτή προδικάζει μιá επερχόμενη "επιδημία" απο καρκίνο του πνεύμονα ανάμεσα στις Ελληνίδες, εφόσον δεν υπάρξει περιορισμός του καπνίσματος.

Γίνεται πια φανερό ότι οι "γυναίκες που ζούν όπως οι άνδρες, πεθαίνουν όπως και οι άνδρες". (LEWIS AND LEWIS 1977).

#### Καρκίνος του λάρυγγα

Το 84% όλων των καρκίνων του λάρυγγα μπορεί να αποδοθούν στο κάπνισμα.

Ο καρκίνος του λάρυγγα προσβάλλει πιό συχνά τους άνδρες απο ότι τις γυναίκες, αλλά όπως και με τον καρκίνο του πνεύμονα αυτή η τάση αλλάζει καθώς το κάπνισμα απο τις γυναίκες έχει αρχίσει να πλησιάζει αυτό των ανδρών.

Οι καπνιστές που χρησιμοποιούν τσιγάρα με φίλτρο και με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα έχουν μέν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του λάρυγγα απ' ότι οι καπνιστές τσιγάρων χωρίς φίλτρο, αλλά μεγαλύτερη απο τους μή καπνιστές.

#### Καρκίνος της ουροδόχου κύστης

Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι το 40-60% των καρκίνων της ουροδόχου κύστης στους άνδρες και το 25-35% στις γυναίκες

έχει αιτιολογική σχέση με το κάπνισμα.

#### Καρκίνος του οισοφάγου

Το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση καρκίνου του οισοφάγου και έχει συνεργική δράση με το οινόπνευμα προς αυτή την κατεύθυνση και στα δύο φύλα.

#### Καρκίνος της στοματικής κοιλότητας

Η αναλογία θνησιμότητας απο καρκίνο του στόματος μεταξύ ανδρών και γυναικών απο 4:1 που ήταν το 1950, υπολογίζεται σε 2:2 το 1984.

Το οινόπνευμα διαπιστώθηκε ότι έχει συνεργική δράση με το κάπνισμα στη δημιουργία καρκίνου στη στοματική κοιλότητα. Οι γυναίκες που κάπνιζαν 40 ή περισσότερα τσιγάρα τη μέρα και έπιναν 45 ή περισσότερα γραμμάρια οίνοπνεύματος είχαν σχετικό κίνδυνο 6,4 για το συνδυασμό καρκίνου του στόματος και φάρυγγος απο 3,7 που ήταν στις γυναίκες που κάπνιζαν αλλά δεν χρησιμοποιούσαν οίνοπνευματώδη.

#### Καρκίνος του φάρυγγα

Το κάπνισμα είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου στο μεσοφάρυγγα. Αντίθετα ο καρκίνος του υποφάρυγγα βρέθηκε να σχετίζεται περισσότερο με το μάσημα του καπνού.

### Πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος

Τα ευρήματα από διάφορες μελέτες δείχνουν κάποια σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του κινδύνου για πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος.

### Καρκίνος του παγκρέατος

Ο κίνδυνος για τους καπνιστές βρέθηκε να είναι σχεδόν διπλάσιος σε σύγκριση με τους μή καπνιστές. Η σταθερότητα όμως της σχέσης αυτής είναι μικρότερη από αυτήν του καρκίνου του πνεύμονα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στόματος.

### Καρκίνος του νεφρού

Έρευνες έδειξαν μία θετική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του νεφρού, με τους σχετικούς κινδύνους να κυμαίνονται από ελαφρά πάνω από 1 μέχρι 5 για τους καπνιστές.

### Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, παρά τα μέχρι σήμερα ευρήματα, εξακολουθεί να είναι αρκετά συγκεχυμένη και να μην υπάρχει ομοφωνία στις διάφορες επιδημιολογικές έρευνες.

Παρ' όλα αυτά έχει διαπιστωθεί μία σημαντική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και τους διηθητικούς καρκίνους του τραχήλου της μήτρας.

### Καρκίνος του στομάχου

Οι επιδημιολογικές μελέτες για τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του στομάχου δεν έδωσαν σταθερά αποτελέσματα, οι σχετικοί κίνδυνοι που διαπιστώθηκαν ήταν μικροί και η επίδραση της δόσης ασταθής.

### ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η θνησιμότητα απο στεφανιαία νόσο γενικά και οι αιφνίδια θάνατοι ειδικότερα έχουν σχέση με το κάπνισμα. Η επίπτωση της αρτηριοσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου γενικά και η κάθε μία απο τις μεγάλες κλινικές εκδηλώσεις της έχουν σχέση με το κάπνισμα. Η σχέση αυτή είναι πολύ ισχυρή για την περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια και πολύ ασθενή για την καρδιακή ανεπάρκεια. Ακόμη η σχέση με τη στεφανιαία νόσο ισχύει για τα στεφανιαία επεισόδια γενικά και το έμφραγμα του μυοκαρδίου ειδικά, αλλά όχι για την σταθερή στηθάγχη αυτή καθ' αυτή.

Όπως οι άνδρες και οι γυναίκες που καπνίζουν διατρέχουν τον ίδιο αυξημένο κίνδυνο θανάτου απο στεφανιαία νόσο και νοσηρότητας απο παθήσεις όπως η στηθάγχη, σε σύγκριση με τις μή καπνίστριες.

Το κάπνισμα βρέθηκε ότι εμφανίζει δυναμική συνέργεια με την υπέρταση και την υπερχοληστεριναιμία, τους άλλους δύο εξίσου σοβαρούς κινδύνους νοσηρότητας και θνησιμότητας απο στεφανιαία νόσο. Επίσης δεκαπλασιάζει περίπου τη θνησιμότητα απο στεφανιαία νόσο στις καπνίστριες πάνω απο 35 χρονών που



παίρνουν αντισυλληπτικά οιστρογόνα για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ο κίνδυνος θανάτου απο στεφανιαία νόσο, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες που καπνίζουν, αυξάνεται όταν έχουν αρχίσει το κάπνισμα σε μικρή ηλικία, όταν καπνίζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα πολλά τσιγάρα και όταν εισπνέουν βαθιά τον καπνό.

### ΚΑΡΔΙΟΜΥΟΠΑΘΕΙΑ

Το κάπνισμα τσιγάρων έχει σχέση τόσο με τη καρδιομυοπάθεια όσο και με το διατοιχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου.

### ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ

Προσβάλλει σε μεγαλύτερη συχνότητα τις αορτολαγόνιες (98%) και τις μπριοϊγνοιακές (91%) αρτηρίες, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Έχει διαπιστωθεί ακόμα μιá ισχυρή σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των ανευρυσμάτων της αορτής. Η θνησιμότητα απο ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής είναι διπλάσια μέχρι τριπλάσια στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μή καπνιστές.

### ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Οι καπνίστριες που παράλληλα χρησιμοποιούν και αντισυλληπτικά δίσκια βρέθηκε ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο και ειδικότερα για υπαραχνοειδή αιμορραγία και θρομβοεμβολικά επεισόδια. Ενώ οι καπνίστριες που δεν χρησιμοποιούσαν αντισυλληπτικά δίσκια έχουν 5,7 φορές μεγα-

λύτερο κίνδυνο εγκεφαλικών επεισοδίων σε σύγκριση με τις μή καπνίστριες, ο σχετικός κίνδυνος για τις καπνίστριες που ταυτόχρονα παίρνουν αντισυλληπτικά φτάνει στις 21,9 φορές.

Η θνησιμότητα απο εγκεφαλικά επεισόδια ελλατώνεται αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος και εξισώνεται με αυτή των μή καπνιστών.

#### ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Οι καπνιστές τσιγάρων παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα περιοδοντική νόσο σε σύγκριση με τους μή καπνιστές με ισχυρή σχέση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων και της διάρκειας του καπνίσματος και του βαθμού της περιοδοντικής νόσου.

#### ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Οι καπνιστές, άνδρες και γυναίκες παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα έλκος του στομάχου και του βολβού δωδεκαδακτύλου. Ακόμα έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα επιβραδύνει την επούλωση του πεπτικού έλκους.

#### ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Έχει παρατηρηθεί ότι όσοι καπνίζουν παρουσιάζουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για οστεοπορωτικά κατάγματα των σπονδύλων και 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για κατάγματα του ισχίου.

### ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Οι καπνιστές γενικά έχουν μικρότερο σωματικό βάρος σε σύγκριση με τους μή καπνιστές και παρά το γεγονός ότι έχουν μεγαλύτερη πρόσληψη θερμίδων.

Ο LINCOLN διαπίστωσε ότι οι καπνιστές ζύγισαν κατά μέσο όρο 2.950 KGR λιγότερο από τους μή καπνιστές αν και έπαιρναν 350 θερμίδες τη μέρα περισσότερες απ' αυτούς. Μια πρόσφατη Νορβηγική έρευνα διαπίστωσε ότι το μέσο βάρος των καπνιστών σε σχέση με την ηλικία τους ήταν 2-3 KGR μικρότερο από το βάρος των μή καπνιστών.

Αντίθετα η διακοπή του καπνίσματος είχε σαν συνέπεια μία μέση αύξηση του σωματικού βάρους κατά 3,6 KGR στους άνδρες και 2,7 στις γυναίκες.

Η αύξηση αυτή του σωματικού βάρους βρέθηκε ότι σχετίζεται άμεσα με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά πριν από τη διακοπή του.

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που καπνίζουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δέκα χρόνων μπορεί να εμφανίσουν εύκολα αναγνωρίσιμες ρυτίδες, γραμμώσεις και αλλαγές, στη χροιά του δέρματος του προσώπου που συγκροτούν το "προσωπείο του καπνιστή".

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ο MORTON το 1944 διαπίστωσε ότι τα άτομα που κάπνιζαν πάνω από δέκα χρόνια τη μέρα παρουσίαζαν συχνά μετεγχειρητικά αναπνευστικά προβλήματα. Το κάπνισμα επηρεάζει επίσης τις διάφορες μορφές της ανοσολογικής απάντησης.

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Οι καπνίστριες βρέθηκε ότι φθάνουν στην εμμηνόπαυση 1/1/2 ή 2/1/2 χρόνια νωρίτερα σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες και μάλιστα ανεξάρτητα από τους άλλους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες για πρώιμη εμμηνόπαυση, όπως η συζυγική κατάσταση, οι συζυγικές σχέσεις και το σωματικό βάρος. Ο λόγος παραμένει άγνωστος.

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα τσιγάρων μπορεί να συνοδεύεται από χαμηλές συγκεντρώσεις προλακτίνης στις γυναίκες τόσο πριν όσο και μετά την εμμηνόπαυση.

### ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

Ο μέσος όγκος των κυτταρικών στοιχείων του πλάσματος και κυρίως των ερυθρών είναι μεγαλύτερος στους καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η μάζα των ερυθρών επανέρχεται στο φυσιολογικό μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η σχέση του καπνίσματος με τα διάφορα επαγγελματικά νοσήματα έχει αναγνωρισθεί τόσο καλά, ώστε πολλές βιομηχανίες απαγορεύουν το κάπνισμα στους χώρους εργασίας και δεν προσλαμβάνουν υπαλλήλους καπνιστές.

### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Οι καπνιστές μεταβολίζουν ένα μεγάλο αριθμό φαρμάκων όπως η θεοφυλλίνη, τα αντικαταθλιπτικά, τα νευροληπτικά, η αντιπυρίνη κ.α. πιο γρήγορα απ' ό,τι οι μη καπνιστές, λόγω της επαγωγής που προκαλεί το κάπνισμα στα ενζυμικά συστήματα, στον εντερικό βλενογόνο και το ήπαρ.

Οι κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ακόμα ότι οι καπνιστές χρειάζονται μεγαλύτερες δόσεις οπιούχων για να ανακουφιστούν από τον πόνο.

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΤΗΩ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΟ

### ΕΜΒΡΥΟ ΚΑΙ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Οι έγκυοι που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκε ότι γεννούν παιδιά με σωματικό βάρος 170-200 GR περίπου μικρότερο από το βάρος των νεογνών που οι μητέρες τους δεν καπνίζουν. Μιά μελέτη μάλιστα έδειξε ότι οι έγκυοι που κάπνιζαν είχαν διπλάσια πιθανότητα να γεννήσουν παιδιά με χαμηλό σωματικό βάρος.

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται υπεύθυνο για παρόμοιες γεννήσεις, σε ποσοστό μάλιστα 11-14%

όλων των νεογνών που γεννιούνται ζωντανοί. Ακόμα βρέθηκε ότι τα νεογνά που οι μητέρες τους κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν 28% μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννηθούν νεκρά ή να πεθάνουν αμέσως μετά τη γέννηση. Όλοι οι παραπάνω κίνδυνοι συνδέονται άμεσα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι έγκυοι.

Ας προστεθεί πως τα έμβρυα τα εκτειθέμενα στο κάπνισμα έχουν αυξημένο ποσοστό προωρότητας και φαίνεται πως ποσοστό συγγενών ανωμαλιών έχουν αιτιολογική σχέση με το κάπνισμα (Συνέδριο Περιγεννητικής Ιατρικής, ΡΩΜΗ Απρίλιος 1988) ανωμαλίες όπως συνδακτυλία, λυκόστομα, λαγόχειλος, συγγενείς καρδιοπάθειες. Είναι δε γνωστό ότι όταν οι μητέρες καπνίζουν, το οξυγόνο που δέχεται το έμβρυο ελαττώνεται, ενώ κυτταροτοξικές ουσίες, όπως κυανίδια, εισέρχονται στον αναπτυσσόμενο εμβρυϊκό οργανισμό με όλες τις βλαπτικές επιπτώσεις.

#### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Έχει αποδειχθεί πως την περίοδο της γαλουχίας εφόσον η μητέρα καπνίζει, το μητρικό γάλα με το οποίο τρέφεται το νεογνό περιέχει και ποσοστά νικοτίνης, η οποία περνάει τους αδένες των μαστών, με φοβερή συνέπεια να περνάει και στον οργανισμό του παιδιού.

#### ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Οι καπνιστές σαν ομάδα έχουν μικρότερο σωματικό βάρος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και αυτό μάλλον πρέπει να αποδοθεί στη νικοτίνη. Οι διαφορές σωματικού βάρους μεταξύ

καπνιστών και μή καπνιστών δεν είναι ακόμα γνωστό αν οφείλεται σε διαφορετική πρόσληψη θερμίδων δεδομένου ότι οι μελέτες που υπάρχουν δίνουν αντιφατικά αποτελέσματα.

Η επίδραση της νικοτίνης στην ελατωμένη πρόσληψη θερμίδων θα μπορούσε να έχει σχέση με τη δράση της στην αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, αφού είναι γνωστό ότι οι υποδοχές της γλυκόζης στον υποθάλαμο συμμετέχουν στη ρύθμιση της πείνας και οι μικρές δόσεις γλυκόζης μπορούν να ελαττώσουν την πρόσληψη τροφής.

## ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Τα άτομα των μή καπνιστών που όμως εισπνέουν τον καπνό χωρίς να το θέλουν από τους καπνιστές αποτελούν την κατηγορία των παθητικών καπνιστών.

Τα συνηθέστερα συμπτώματα σ' ένα παθητικό καπνιστή είναι ο ερεθισμός των ματιών, του ρινοφάρυγγα και της τραχείας που εκδηλώνεται με ξηρό βήχα και όχι σπάνια με πονοκέφαλο, που οφείλονται κυρίως στην ακρολεΐνη και τις άλλες ερεθιστικές ουσίες.

Το θέμα των επιπτώσεων των καυσαερίων του καπνού, στους παθητικούς καπνιστές, στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, είναι σχετικά νέο.

Οι έρευνες αυτές που εξετάζουν τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου του πνεύμονα σε μή καπνίστριες γυναίκες, συζύγους καπνιστών, συμφωνούν με εξαίρεση εκείνης του HONG-KONG, ότι πράγματι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο όταν ο σύζυγος καπνίζει ένα πακέτο την ημέρα, ενώ τον διπλασιάζει ότι καπνίζει πάνω από δύο πακέτα την ημέρα.

Περίπου 3.800 άτομα που δεν καπνίζουν, πεθαίνουν κάθε χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες από καρκίνο των πνευμόνων, λόγω του παθητικού καπνίσματος, που χαρακτηρίζεται ως καρκινογόνο.

Αυτό είναι το πόρισμα έρευνας της Αμερικανικής Υπηρεσίας Προστασίας του Περιβάλλοντος, που στηρίχτηκε σε συνολική εκτίμηση στοιχείων, όπως επισημαίνουν οι συντάκτες της.

Είκοσι τέσσερις έρευνες σε οκτώ χώρες δεν δίνουν άλλη πιθανή εξήγηση για τη σχέση μεταξύ παθητικού καπνίσματος και καρκίνου των πνευμόνων στους μή καπνιστές, επισημαίνει η έκθεση της Υπηρεσίας Προστασίας του Περιβάλλοντος.



Η έκθεση υπογραμμίζει ακόμα ότι τα παιδιά γονέων που καπνίζουν παρουσιάζουν αυξημένα αναπνευστικά προβλήματα.

Στην ελληνική αναδρομική έρευνα βρέθηκε ότι ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα στις μή καπνίστριες γυναίκες, συζύγους καπνιστών, ήταν 2,3 υψηλότερος και ότι το παθητικό κάπνισμα ευθύνεται για 50-100 θανάτους ετησίως στην Ελλάδα από Ca του πνεύμονα.

Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι από έρευνες που έγιναν σε 8.000 γυναίκες που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους γέννησαν παιδιά με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης που φαίνεται συνήθως στην ηλικία περίπου των 7-11 ετών και γενικότερα παιδιά με μειωμένη ανοσολογική αντίσταση και με προδιάθεση για συχνές λοιμώξεις, εύκολα κρυολογήματα κ.α. Τα παιδιά αυτά έχουν μειωμένη πρόσληψη βάρους μέχρι την ηλικία των 6-7 ετών.

Παθητικοί επίσης καπνιστές είναι και τα παιδιά εκείνα, νεογέννητα, μικρά ή μεγάλα που μένουν ώρες πολλές σε κλειστούς χώρους όπου οι γονείς τους ή άλλα άτομα καπνίζουν και ο εξερισμός και η ανανέωση του αέρα στους χώρους αυτούς είναι ανεπαρκής ή και ανύπαρκτος όπως συμβαίνει ιδιαίτερα το χειμώνα.

Υπολογίζεται ότι σε κάθε 10 τσιγάρα που καπνίζονται στους κλειστούς αυτούς χώρους, είναι σαν να καπνίζει ο παθητικός καπνιστής, μικρός ή μεγάλος ένα τσιγάρο με μεγαλύτερη μάλιστα περιεκτικότητα σε βλαβερές ουσίες.

Τα στοιχεία που αναφέρθηκαν σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος δείχνουν ότι αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα της εποχής μας, ενώ παράλληλα κάνουν επιτακτική την ανάγκη για άμεση εφαρμογή αντικαπνισματικών μέτρων κυρίως στα παιδιά και στους έφηβους.

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι οικονομικές επιβαρύνσεις απο το κάπνισμα διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες.

Οι άμεσες αφορούν τις δαπάνες για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και νοσοκομειακής περίθαλψης στους καπνιστές για το σύνολο των παθολογικών καταστάσεων που έχουν σχέση με το κάπνισμα.

Οι έμμεσες αναφέρονται στις απώλειες στην παραγωγή απο την αυξημένη νοσηρότητα, τις αναπηρίες και τους πρόωρους θανάτους των καπνιστών. Σε αυτές θα πρέπει να συνυπολογισθούν οι θάνατοι, οι ακρωτηριασμοί, οι αναπηρίες και οι υλικές ζημιές που προκαλούνται απο πυρκαγιές που έχουν σαν αιτία το κάπνισμα. Ακόμα οι οικονομικές ζημιές απο την απώλεια εργάσιμου και παραγωγικού χρόνου απο την καθημερινή ιεροτελεστία του καπνίσματος στους τόπους δουλειάς, τα έξοδα για την εγκατάσταση και τη συντήρηση σχημάτων εξαερισμού και τα έξοδα που προκύπτουν απο την ανάγκη συχνότερου καθορισμού των ενδυμάτων που εκτίθενται στον καπνό.

Τα τσιγάρα είναι η αιτία 65.000 πυρκαγιών κάθε χρόνο που προκαλούν 2.300 θανάτους, 5.000 ακρωτηριασμούς και αναπηρίες απο μή θανατηφόρους τραυματισμούς. Οι πυρκαγιές που προκαλούνται απο το κάπνισμα προξενούν υλικές ζημιές του ύψους των 500 εκατομ. δολλαρίων.

Στην Ελλάδα υπάρχουν ακριβή στοιχεία για το οικονομικό "όφελος" που προκύπτει απο την καλλιέργεια, την επεξεργασία, το εμπόριο, τις επιδοτήσεις και την φορολογία του καπνού. Δεν υπάρχουν όμως ακριβείς εκτιμήσεις για τις άμεσες και τις έμμεσες οικονομικές επιβαρύνσεις που προκαλούνται απο το κάπνισμα

Μόνο οι δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη εξ αιτίας του καπνίσματος υπολογίσθηκαν για το 1978 σε 3.500.000 δραχμές. Το ποσό αυτό αντιπροσωπεύει το 13,5% του συνόλου των νοσοκομειακών δαπανών και το 6,6% του συνόλου των δαπανών για την υγεία (Τούντας και Τσαμανδουράκη 1985).

Κάτω απο αυτό το πρίσμα, το κάπνισμα πάυει πλέον να είναι θέμα προσωπικής ελευθερίας και επιλογής του καθένα μας και γίνεται γενικότερα κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπισθεί. Στα πλαίσια μάλιστα μιάς ίσης και δίκαιης συμμετοχής στις δαπάνες για την περίθαλψη και τη συνταξιοδότηση, οι καπνιστές θα πρέπει να υποβάλλονται σε μιά μεγαλύτερη και οικονομική επιβάρυνση με τη μορφή μιάς πρόσθετης και ειδικής φορολογίας στα προϊόντα του καπνού και η οποία θα περιέρχεται στα αντίστοιχα ταμεία.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η ύπαρξη του καπνού είναι η μόνη προφανής αιτία για το κάπνισμα. Μόνο η εξαφάνιση του καπνού θα μπορούσε να οδηγήσει στην εξαφάνιση της χρήσης και της εξάρτησης απ' αυτόν. Αλλά αυτό δεν είναι εφικτό.

Αυτόματα προκύπτει το λογικό ερώτημα γιατί μερικά άτομα καπνίζουν, ενώ άλλα όχι.

Η εξέλιξη της προσωπικής ιστορίας του κάθε καπνιστή φαίνεται ότι προχωρά με σταθερά βήματα, και περνά από τα στάδια της προετοιμασίας, της έναρξης, της εγκατάστασης και της συνέχισης του καπνίσματος στα στάδια της δυσaréσκειας, της απόφασης για διακοπή, της υιοθέτησης και της διατήρησης της ατομικής εικόνας του πρώην ή του μή καπνιστή.

Η υιοθέτηση του καπνίσματος είναι φαινόμενο της εφηβικής ηλικίας και μάλιστα μέχρι την ηλικία των είκοσι χρόνων. Αν κάποιος δεν έχει καπνίσει μέχρι την ηλικία αυτή είναι απίθανο να το αρχίσει μετά.

Το κάπνισμα των πρώτων τσιγάρων είναι σχεδόν πάντοτε δυσάρεστο, σύντομα όμως αναπτύσσεται ανεπιθύμητες ενέργειες του καπνίσματος και αποκτάται η ικανότητα πρόσληψης του καπνού σε ανεκτό επίπεδο. Εδώ πιθανόν βρίσκεται και η αιτία για την ουσιαστική αναπόφευκτη κλιμάκωση της κατανάλωσης μετά τα πρώτα τσιγάρα. Αφού ικανοποιηθεί η περιέργεια με το πρώτο τσιγάρο, το κάπνισμα πιθανόν επαναλαμβάνεται μόνο όταν η φυσική δυσφορία εξουδετερώνεται από τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανταμοιβές του.

Άλλοι παράγοντες στην αιτιολογία του καπνίσματος είναι:

**(I) ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Μερικοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει την υπόθεση ότι η προδιάθεση για καρκίνο, η εξωστρέφεια και η ροπή προς το κάπνισμα κληρονομούνται μαζί.

Γενικά όμως τα μέχρι σήμερα στοιχεία δείχνουν ότι η συμμετοχή των γενετικών παραγόντων στην αιτιολογία του καπνίσματος είναι μικρή σε σχέση με την επίδραση των άλλων παραγόντων και κυρίως του κοινωνικού περιβάλλοντος.

**(II) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Απο τα μέσα της δεκαετίας του 1950 πολυάριθμες μελέτες έδειξαν ότι οι καπνιστές σαν ομάδα είναι πιο εξωστρεφείς σε σύγκριση με τους μή καπνιστές.

Τα ευρήματα για τις νεκρώσεις είναι λιγότερο σαφή. Οι περισσότερες μελέτες σε ενήλικες άνδρες και γυναίκες είχαν τα ίδια αποτελέσματα για τους καπνιστές και τους μή καπνιστές.

Συμπερασματικά αναφέραμε ότι, οι παράγοντες της προσωπικότητας δε θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικοί και ιδιαίτερης προγνωστικής σημασίας για την έναρξη του καπνίσματος.

Φαίνεται όμως ότι επηρεάζουν την ποσότητα και τον τύπο του καπνίσματος και πιθανόν συμμετέχουν περισσότερο στην ικανότητα διακοπής του.

**(III) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα στο σύνολό τους συγκλίνουν και συμφωνούν σταθερά ότι, οι κοινωνικοί παράγοντες ορίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη του καπνίσματος.

Η Νορβηγική αντικαρκινική Εταιρεία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η στάση των γονιών απέναντι στο κάπνισμα και η πίεση από τους συνομήλικους ήταν ουσιαστικής σημασίας για την έναρξη του καπνίσματος.

Ακόμα οι κοινωνικές εκδηλώσεις, οι συναναστροφές, οι μιμήσεις προτύπων και γενικότερα ο κοινωνικός περίγυρος συμβάλλουν καθοριστικά στην έναρξη του καπνίσματος.

#### (IV) ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι καπνιστές που δεν εισπνέουν τον καπνό, 9% των ανδρών και 19% των γυναικών, καπνίζουν κυρίως για αισθητικοκινητικούς λόγους.

Η εμφάνιση του πακέτου, η αίσθηση του τσιγάρου, η διαδικασία του ανάμματος, το φύσημα και η παρακολούθηση του καπνού, η οσμή, η γεύση και ο ήχος, συμβάλλουν στη δημιουργία αυτής της πολύπλοκης αισθητικοκινητικής πράξης.

#### ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι φαρμακολογικοί παράγοντες είναι κυρίως υπεύθυνοι για την εγκατάσταση και τη συνέχιση του καπνίσματος άσχετα από τα αίτια που οδήγησαν στον αρχικό πειραματισμό και την έναρξη του καπνίσματος. Ο ρόλος της νικοτίνης είναι ουσιαστικής σημασίας, αφού όπως ορίζεται στο σχετικό Κεφάλαιο, διαθέτει όλες τις ιδιότητες χημικής ουσίας που προκαλεί εξάρτηση και ειδικότερα επιδράσεις απολαβής, δημιουργία αντοχής και συμπτώματα στέρησης.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ  
ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ

Παλαιότερα οι καπνιστές είχαν ταξινομηθεί:

- (α) ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά, σε βαρείς ή ελαφρείς
- (β) ανάλογα με το αν κάπνιζαν συνεχώς ή κατά διαστήματα ή είχαν σταματήσει οριστικά το κάπνισμα σε κανονικούς, περιστασιακούς και πρώην καπνιστές και
- (γ) σε αυτούς που εισπνέουν ή δεν εκπνέουν τον καπνό.

Σήμερα όμως οι πιο πρόσφατες προσπάθειες ταξινόμησης είναι οι εξής:

Η τυπολογία των HOVN-TOMKINS κατατάσσει τους καπνιστές σε κατηγορίες με βάση 6 παράγοντες.

- (1) Διέγερση
- (2) Αισθητικοκινητικός επηρεασμός
- (3) Ευχάριστη χαλάρωση
- (4) Περιορισμός αρνητικών αισθημάτων
- (5) Ψυχολογική εξάρτηση
- (6) Εθισμός.

Ενώ ένας άλλος διαχωρισμός έγινε από τους MCKENMELL AND THOMAS ανάμεσα στους συνεπείς και τους ασυνεπείς καπνιστές.

Συνεπείς καπνιστές είναι αυτοί που φαινομενικά είναι ευχαριστημένοι με το κάπνισμά τους, παρ' όλο ότι στο παρελθόν μπορεί να προσπάθησαν και έχουν την τάση να απορρίπτουν κάθε αντικαπνιστικό επιχειρήμα.

Αντίθετα, οι ασυνεπείς καπνιστές δηλώνουν ότι θα ήθελαν να σταματήσουν το κάπνισμα, εφόσον μπορούσαν να το κάνουν εύκολα. Έχουν την τάση να αποδέχονται τα επιχειρήματά κατά

του καπνίσματος, αλλά παρ' όλα αυτά συνεχίζουν να καπνίζουν. Στην κάθε κατηγορία ανήκουν περίπου οι μισοί καπνιστές. Σύμφωνα με τον RUSELL οι καπνιστές διακρίνονται ανάλογα με το είδος των θετικών ενισχυτών ή κινήτρων που διατηρούν το κάπνισμά τους, σε πέντε τύπους: Το ψυχοκοινωνικό κάπνισμα, το κάπνισμα για ικανοποίηση, το κάπνισμα για ηρεμία, το κάπνισμα για ψυχοδιέγερση και το κάπνισμα λόγω εξάρτησης. Ο ένας τύπος δεν αποκλείει απαραίτητα τον άλλο. Ένας καπνιστής για παράδειγμα μπορεί να καπνίζει για να ηρεμήσει, ενώ παράλληλα για να ικανοποιήσει και κάποιο από τα υπόλοιπα κίνητρα.

#### (I) ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Σε αυτόν τον τύπο του καπνίσματος όλες οι αμοιβές είναι ψυχοκοινωνικές. Στην πραγματικότητα μπορεί να μη γίνεται πρόσληψη νικοτίνης. Αυτός ο τύπος καπνίσματος είναι συχνός στα αρχικά στάδια του καπνίσματος στην περίοδο της εφηβείας. Το κάπνισμα είναι περιστασιακό, το άτομο καπνίζει μόνο σε κοινωνικές περιστάσεις και μακριά απ' αυτές δεν υπάρχει ιδιαίτερη επιθυμία για κάπνισμα.

#### (II) ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Είναι το κάπνισμα που γίνεται αποκλειστικά και μόνο για ευχαρίστηση. Το άτομο μπορεί να καπνίζει σε πολλές καταστάσεις, όπως η ξεκούραση μετά την εργασία, το διάβασμα, η παρακολούθηση τηλεόρασης.

Το κάπνισμα για ικανοποίηση δεν είναι τελείως κανονικό. Περίοδοι δύο με τριών ωρών χωρίς κάπνισμα είναι συχνές, ειδικά όταν το άτομο είναι απασχολημένο ή απορροφημένο με κάτι άλλο, ενώ αντίθετα μπορεί να είναι πιο συχνό σε ευχάριστες καταστάσεις.



**(III) ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ ΗΡΕΜΙΑ**

Το άτομο καπνίζει για να έχει ηρεμιστική δράση της νικοτίνης, την κατευναστική δράση της στοματικής ικανοποίησης, να απασχολεί τα χέρια του και να ανακουφίζεται από το άγχος και την υπερένταση. Η συχνότητα αυτού του τύπου του καπνίσματος ποικίλλει πολύ, ανάλογα με την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

**(IV) ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΔΙΕΓΕΡΣΗ**

Το άτομο καπνίζει για τις ψυχοδιεργετικές ιδιότητες της νικοτίνης και τον περιορισμό της κόπωσης, όταν απασχολείται δηλαδή με μονότονες εργασίες, όπως η οδήγηση σε μεγάλες αποστάσεις ή για να αυξήσει την απόδοση και την εγρήγορσή του, που είναι απαραίτητη σε δημιουργικές εργασίες, όπως το γράψιμο ή οι έντονες εμπορικές διαπραγματεύσεις.

**(V) ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΛΟΓΩ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

Σ' αυτόν τον τύπο του καπνίσματος ο καπνιστής εμφανίζει στερητικά συμπτώματα αν περάσουν 20-30 λεπτά χωρίς να καπνίσει και καπνίζει για να αποφύγει ή για να ανακουφιστεί απ' αυτή τη δυσάρεστη κατάσταση. Η συχνότητα αυτού του καπνίσματος ελάχιστα επηρεάζεται από τις αλλαγές των εξωτερικών καταστάσεων.

Αρχίζει με το ξύπνημα και σταματά μόνο κατά τη διάρκεια του ύπνου και ρυθμίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να διατηρεί ψηλά επίπεδα νικοτίνης στον εγκέφαλο.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΠΟ

## ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ

### Α Γ Γ Λ Ι Α

Απο τα μέσα της δεκαετίας του 1960 οι μεγάλες βρετανικές έρευνες για το κάπνισμα έδειξαν μιά σταθερή αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος στις γυναίκες.

Η έρευνα σε 1117 έγκυες γυναίκες που βρίσκονταν σε μία μαιευτική κλινική του Λονδίνου για το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη και μετά την εγκυμοσύνη, έδειξε ότι πριν την εγκυμοσύνη κάπνιζε το 29% των μητέρων. Το ποσοστό αυτό έπεσε στο 23% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι μεγάλες καπνίστριες πριν την εγκυμοσύνη ήταν πιο πιθανό να μειώσουν το κάπνισμα και λιγότερο πιθανό να το σταματήσουν. Οι πιο κοινοί λόγοι για τις αλλαγές στη συνήθεια του καπνίσματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορούσαν το παιδί, την ίδια ή και τους δύο. Επίσης εκείνες που κάπνιζαν στην εγκυμοσύνη, ήταν πιο πιθανό να είναι νεότερες σε ηλικία, χαμηλότερης κοινωνικής τάξης και μορφωτικού επιπέδου (WATERSON EJ, MURRAY-LYON 1M).

Μιά άλλη έρευνα σε 246 νοσοκόμες όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης απάντησαν ένα ερωτηματολόγιο για το κάπνισμα σε σχέση με τη δουλειά τους, το τρόπο ζωής τους και τις ανησυχίες τους. Το ποσοστό του κανονικού καπνίσματος ήταν χαμηλό ανάμεσα στις μαθητευόμενες νοσοκόμες του 1ου και 2ου χρόνου, ενώ στις μαθήτριες του τελευταίου έτους έφθασε το 22% και στο κανονικό προσωπικό έφθασε το 27%. Οι νοσοκόμες εκείνες που ανέφεραν άγχος στη δουλειά, μικρή και μεγάλη ικανοποίηση απο την δουλειά τους, απο τον τρόπο ζωής τους, ήταν πιο πιθανό να καπνίζουν. Η σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων σημειώθηκε κυρίως ανάμεσα στις

τελειόφοιτες νοσοκόμες. Οι αλλαγές που σημειώνονται στο χώρο της δουλειάς και της ζωής τους κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους της εκπαίδευσης φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο του κανονικού καπνίσματος. (MURRAY M, SWANAV, MATTAR N.).

Μία άλλη έρευνα έγινε σε μαθητευόμενες νοσοκόμες και δασκάλες. Με την είσοδό τους στη σχολή συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο και τους πήραν συνέντευξη για τις γνώσεις τους και για τη γνώμη τους για το κάπνισμα σαν ένα σοβαρό κίνδυνο της υγείας. Αυτό επαναλήφθηκε 1 χρόνο αργότερα, οι νοσοκόμες και οι μαθητευόμενες δασκάλες δε διέφεραν στις γνώσεις τους σχετικά με τις καταστροφές του καπνίσματος, κατά την είσοδό τους στην εκπαίδευση. Οι νοσοκόμες ήταν λιγότερο πρόθυμες να παραδεχτούν την σπουδαιότητα του καπνίσματος σαν ένα πρόβλημα υγείας, ακόμα οι καπνίστριες αντιλαμβάνονταν λιγότερο το κάπνισμα σαν ένα κίνδυνο απο ότι το έβλεπαν οι αντικαπνίστριες. Μετά απο 1 χρόνο εκπαίδευσης μιά μικρή αλλαγή στη γνώμη τους και στη συμπεριφορά τους για το κάπνισμα ήταν γεγονός.

Οι αντικαπνίστριες παρ' όλα αυτά έτειναν να είναι καλύτερα πληροφορημένες απο τις καπνίστριες για τις συνέπειες του καπνίσματος (ELKIND AK).

Σε μία άλλη έρευνα 12.000 γυναικών ηλικίας 35-74 χρονών που έγινε, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα και της χρονικής βρογχίτιδας σε ηλικία κυρίως 35-54 χρονών συνδεόταν στενά με τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν. Ο κίνδυνος του εγκεφαλικού δε συνδεόταν καθαρά με το κάπνισμα, ενώ του καρκίνου του πνεύμονα ήταν μικρότερος αν κάπνιζαν πάντα φιλτραρισμένα τσιγάρα. Αυτά έγινε μετά απο σύγκριση με

άντρες που κάπνιζαν πίπες ή πούρα και στις γυναίκες που κάπνιζαν μόνο τσιγάρα. Ο κίνδυνος βρογχικής βρογχίτιδας ήταν ο ίδιος στις γυναίκες, αν κάπνιζαν φιλτραρισμένα ή άφιλτρα τσιγάρα (ALDERSON MR, LEE PN, WANG R).

#### Σ Ο Υ Η Δ Ι Α

Έρευνα σε 6090 γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας απέδειξε ότι το 66,3% αυτών ήταν καπνίστριες. Σε έλεγχο όλων των ηλικιών η αναλογία των καπνιστριών ήταν μεγαλύτερη ανάμεσα στις γυναίκες με καρκίνο. Αυτές άρχισαν το κάπνισμα σε μικρή ηλικία και ο αριθμός των τσιγάρων που κάπνιζαν καθημερινά ήταν μεγαλύτερος από 1 πακέτο. (BERGGRENG, SJOESTEDTS).

Μιά άλλη μελέτη σε 1462 γυναίκες, ηλικίας 38-60 χρονών, ξεκίνησε στο GOTHENBURG, στη Σουηδία το 1968-69. Σε μιά ανάλυση των αποτελεσμάτων από τότε καπνίστριες βρέθηκαν να έχουν ένα σημαντικά χαμηλότερο αριθμό γερών δοντιών από αυτά που είχαν οι αντικαπνίστριες. Οι διαφορές καπνιστριών και αντικαπνιστριών και ο αριθμός των γερών δοντιών που είχαν τονίστηκε 12 χρόνια αργότερα. Ο αριθμός των χαμένων δοντιών κατά τη διάρκεια της περιόδου των 12 χρόνων ήταν 3,5 ανάμεσα στις καπνίστριες και 2,1 ανάμεσα στις αντικαπνίστριες, δηλαδή 67% το ποσοστό ήταν ψηλότερο στις καπνίστριες.

Το ποσοστό αυτό ήταν ανεξαρτήτου ηλικίας, μόρφωσης κοινωνικοοικονομικής ομάδας, συζυγικής κατάστασης, συχνότητας βουρτσίσματος των δοντιών και συχνότητας επισκέψεων στον οδοντίατρο.

Συμπερασματικά λοιπόν φαίνεται ότι το κάπνισμα παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο χάσιμο των δοντιών (AHLQWIST M,

BENGTSSONC, HOLLENDER L, LAPIDUS L, OSTEPBERGT).

Ι Τ Α Λ Ι Α

Το κάπνισμα των γυναικών στην Ιταλία εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας τα δεδομένα απο την εθνική Ιταλική έρευνα Υγείας το 1986-87, βασιζόμενο σ' ένα δείγμα απο 32.176 γυναίκες, ηλικίας 15 και πάνω, που επιλέχθηκαν τυχαία σε γεωγραφικές περιοχές για να αντιπροσωπεύσει ολόκληρο το Ιταλικό πληθυσμό των γυναικών. Το 28,6% των γυναικών είναι καπνίστριες, οι γυναίκες καπνίστριες έχουν αυξηθεί στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και είναι πιθανό να αυξηθεί κι άλλο στις Ιταλίδες στο κοντινό μέλλον.

Ακόμη βρήκαν ότι το κάπνισμα έχει άμεση σχέση σε ποσοστό 48% όλων των μυοκαρδιών σε νέες και μεσήλικες Ιταλίδες. (FERRARONI M, LA VECCHIAI, PAGANO R, NEGRI E, DECARLIA).

Ανάμεσα στο Νοέμβριο του 1985 και τον Οκτώβριο του 1986, ερευνήθηκαν τρόποι συμπεριφοράς και συνήθειες πρὸς το κάπνισμα ανάμεσα στις αθλήτριες. Το 75% δεν είχαν καπνίσει ποτέ και το 21% ήταν καπνίστριες, όλες ήταν απο την επαρχία PORDENONE, στο βορειοανατολικό μέρος της Ιταλίας. Η μελέτη αυτή υποστηρίζει την άποψη ότι η κανονική φυσική ενέργεια όχι μόνο εμποδίζει τους νέους απ' το να αρχίσουν το κάπνισμα αλλά επίσης παρέχει μια παρόρμηση να το σταματήσουν. (SERRAINO D, FACHIN C, FEITRIN O, FRANCESCHI S).

Ο Λ Λ Α Ν Δ Ι Α - Η Ν Ω Μ Ε Ν Ο Β Α Σ Ι Λ Ε Ι Ο

Κατά τη διάρκεια της περιόδου 1958-82 έγινε έρευνα άπου και στις δύο χώρες τα ποσοστά των πρώτων καπνιστών αυξήθηκαν

στις γυναίκες. Η παραγωγή TOBACCO αυξήθηκε στην Ολλανδία και μειώθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μιά εξήγηση για την Ολλανδική αύξηση ήταν μία αυξανόμενη κατανάλωση των τσιγάρων ανάμεσα στις καπνίστριες.

Σήμερα παρατηρείται όμως μία μείωση στην κατανάλωση του τσιγάρου που πιθανόν επηρεάστηκε από την εκτενή πληροφόρηση του καπνίσματος. Εάν οι τωρινές τάσεις συνεχιστούν ο αριθμός των τσιγάρων θα μειωθεί αισθητά (VAN REEK J).

#### Γ Ε Ρ Μ Α Ν Ι Α

Σε 4 Νοσοκομεία στο LEIPRING της Γερμανίας το 1983-85 ερευνήθηκε ο σύνδεσμος ανάμεσα στο κάπνισμα και τον κίνδυνο του επιδρομικού τραχηλικού καρκίνου. Αναλύσεις έγιναν σε 225 γυναίκες ηλικίας 64 ετών και νεώτερες με διάγνωση επιδρομικού τραχηλικού καρκίνου και 435 έλεγχοι με ορθοπεδικές ή δερματικές καταστροφές. Εκτιμήθηκε ότι ο κίνδυνος του επιδρομικού τραχηλικού καρκίνου ήταν πολύ μικρότερος για τις γυναίκες που δεν είχαν ποτέ καπνίσει. (NISCHAN P, EBELING K. SCHINDLER C).

#### Δ Α Ν Ι Α

Τον Οκτώβριο του 1979 μία γενική έρευνα έγινε καλύπτοντας 2308 γυναίκες που ζούσαν στη Δανία, ανατολικά του GREAT BELR. Μία σημαντική ανακάλυψη ήταν ότι το 77% των γυναικών που κάπνιζαν άρχισαν το τσιγάρο πριν τα 14 τους χρόνια.

Εκτός από φιλόανθρωπες προσπάθειες μία κρατική παρέμβαση μπορεί να σώσει πολλά νεαρά άτομα μακροπρόθεσμα από το κάπνισμα. (ROED-PETERSEN B).

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ

ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΑΘΟΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΓΑΛΛΙΑΣ

ΙΤΑΛΙΑΣ, ΙΣΠΑΝΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΒΕΤΙΑΣ

ΚΑΠΝΙΣΜΑ TOBACCO

Ένα σύνολο 2.369 γυναικών έχουν εξετασθεί για τις συνήθειες του καπνίσματος σε πληθυσμούς στη Γαλλία, Ελβετία, Ιταλία και Ισπανία.

Η αναλογία απ' αυτούς που πάντοτε καπνίζουν είναι σχεδόν η ίδια (75-80%) παντού, εκτός από την Γένοβα και το Κάλβαντος, όπου έχουμε μία μεγαλύτερη μερίδα καπνιστών που παράτησαν τη συνήθεια του καπνίσματος (γύρω στο 30%).

Οι επικρατήσεις των καπνιστριών είναι μεγαλύτερες στο Τορίνο (42%) και στη Γένοβα (36%) απ' ό τι στην Ισπανία (25%) και στο Κάλβαντος (19%).

Νέες γυναίκες όμως τείνουν να καπνίζουν περισσότερο και οι διαφορές μεταξύ επαρχίας και πόλεων τείνουν να εξαφανισθούν. Επίσης οι νέες γενιές αρχίζουν να καπνίζουν νωρίτερα.

Η αποκλειστική χρήση του TOBACCO είναι ακόμη υψηλή στο Κάλβαντος (90%) και στη Νοβάρα (80%) ενώ τείνει να εξαφανιστεί στην Ιταλία (30%).

(BERRINO F, MERLETTI F, ZUBIRI A, DEL MORALA, RAYMOND L, ESTEVE J.).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ερευνητική προσπάθεια άρχισε να πραγματοποιείται το Μάρτιο του 1990. Για την πραγματοποίηση της έρευνας αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου και όχι η συνέντευξη. Υποχρεώνει δηλαδή την ερωτώμενη να επιλέξει μία ή περισσότερες απο τις απαντήσεις που δίνονται χωρίς να επιτρέπει την ιδιόχειρη συμπλήρωση λέξεων ή φράσεων. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η ανωνυμία και κατά συνέπεια της απάντησης. Επιπρόσθετα είναι λιγότερο δαπανηρή.

Η έκταση του ερωτηματολογίου και κατά συνέπεια ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωσή του είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία μιάς τέτοιας έρευνας. Πιστεύουμε ότι οι έρευνες που γίνονται με μακροσκελή και χρονοβόρα ερωτηματολόγια, είναι καταδικασμένες σε αποτυχία. Προκαλούν αρχικά δυσφορία και τελικά οδηγούν σε αδιαφορία, ιδίως για την συμπλήρωση των τελευταίων ερωτήσεων που είτε απαντούνται πρόχειρα, είτε δεν απαντούνται καθόλου με αυτονόητα αποτελέσματα. Γι' αυτό φροντίσαμε ώστε η συμπλήρωση του δικού μας ερωτηματολογίου να μην απαιτεί χρόνο μεγαλύτερο απο 10 λεπτά.

Εκτός απο το περιεχόμενο που πρέπει να διακρίνεται απο ιδιαίτερη φραστική απλότητα και σαφήνεια, μεγάλο ρόλο στην επιτυχία της έρευνας διαδραματίζει η μορφή του ερωτηματολογίου. Γλωσσικά λάθη και ασάφειες προκύπτουν συχνά απο κακομεταχειρισμένα ερωτηματολόγια.

Επίσης η κακή διατύπωση και η άσχημη εμφάνιση δείχνουν κάποια προχειρότητα και προκαλούν έτσι ανάλογη αντιμετώπιση απο αυτόν που απαντά. Γι' αυτό φροντίσαμε ιδιαίτερα την εκτύ-



πωση του ερωτηματολογίου μας, αλλά και την εξωτερική καλαισθη-  
τη εμφάνιση του χωρίς να υπολογίσουμε τη μεγαλύτερη οικονομι-  
κή δαπάνη.

#### ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Έχοντας κατά νού τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, σχεδιά-  
σαμε ένα ερωτηματολόγιο με σαφείς ερωτήσεις που να καλύπτουν  
ορισμένους συγκεκριμένους στόχους.

Οι ερωτήσεις κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- ΗΛΙΚΙΑ - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ - ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ -
  - ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.
  
  - ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ
  
  - ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ
    - α) Συχνότητα καπνίσματος
    - β) Αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν
    - γ) Με τι συνοδεύουν συνήθως το κάπνισμά τους
    - δ) Με τι συνηθίζουν να καπνίζουν.
  
  - ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
  
  - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Η ΜΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ
  
  - ΤΙ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΙ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ
  
  - ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ  
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.
- ΓΕΝΙΚΑ.
- α) Γενικό επίπεδο γνώσεων για τις βλάβες από το κάπνισμα.

- β) Γνώση του αν οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην καρδιά, επηρεάζονται απο το φύλο.
- γ) Γνώση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται.
- δ) Γνώση του αν οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος επηρεάζονται απο την ύπαρξη ή μή φίλτρου στα τσιγάρα.

- ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.

- α) Η προσωπικότητα των γυναικών που καπνίζουν.
- β) Επιπτώσεις του καπνίσματος στις γυναίκες.
- γ) Οι συνέπειες του στην έγκυο γυναίκα.

- ΤΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΝΑ ΚΟΨΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

- ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑΝ ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΝΑ ΚΟΨΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΤΙ ΣΚΟΠΕΥΟΥΝ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΓΙ' ΑΥΤΟ.

### ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Η έρευνα ακολούθησε όλες τις διαδικασίες, ώστε το ερωτηματολόγιο να είναι αξιόπιστο.

Δημιουργήθηκε όμως κάποιο πρόβλημα με κορίτσια τα οποία ερωτήθηκαν μπροστά στους γονείς τους. Αυτά ίσως δεν δώσαν ειλικρινείς απαντήσεις για το αν κάπνιζαν ή όχι. Γι' αυτό αποφεύγονταν οι ερωτήσεις σ' αυτά μπροστά στους γονείς τους.

### ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα μέσα Μαρτίου έως τέλος Απριλίου του 1990 στην Πάτρα.

Τις διευθύνσεις τις πήραμε τυχαία δηλαδή ύστερα απο τυχαίους αριθμούς τους οποίους βγάλαμε απο καταλόγους της ΔΕΗ. Έτσι υπήρχε πάντοτε το στοιχείο του αιφνιδιασμού και οι ερωτώμενες δεν ήταν ενημερωμένες για το συγκεκριμένο θέμα απο ωρρίτερα.

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ανωνυμία και κατ' επέκταση στην ανάγκη ειλικρινών απαντήσεων. Επίσης γινόταν έκκληση να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις με απόλυτη ειλικρίνεια, σημειώνοντας με ένα Χ στην ή τις απαντήσεις με τις οποίες συμφωνούσαν.

Η συνεργασία μας με τις γυναίκες που ερωτήθηκαν ήταν καλή και δεν μπορούμε να πούμε ότι αντιμετωπίσαμε προβλήματα.

Δυστυχώς όμως, αντιμετωπίσαμε πρόβλημα με τις γυναίκες του ιατρικού κλάδου, οι οποίες δεν δεχόντουσαν να απαντήσουν γι' αυτό περιοριστήκαμε σε ποσοστό 42,85% στο νοσηλευτικό κλάδο, και 57,15% στις υπόλοιπες γυναίκες.

Τις απαντήσεις τους τις περάσαμε σε κομπιούτερ.

ΟΜΑΔΑ - ΣΤΟΧΟΣ -

Η έρευνα απευθύνθηκε σε γυναίκες της Πάτρας απο ηλικίας 18 χρονών μέχρι και 50 και αυτό για να έχουμε αποτελέσματα απο όλες σχεδόν τις ηλικίες.

Αποφύγαμε να συμπεριλάβουμε μικρότερες ηλικίες για να μην κινήσουμε το ενδιαφέρον για το κάπνισμα, με κίνδυνο να δοθεί η εντύπωση ότι η χρήση του είναι πολύ διαδεδομένη και κοινή και ότι αυτές είναι "εκτός μόδας", γεγονός που μπορεί να έχει σαν συνέπεια τον αυξημένο πειραματισμό.

Ο τόπος καταγωγής αυτών των γυναικών μπορούμε να πούμε ότι κυρίως περιορίζεται στην Δυτική και Στερεά Ελλάδα καθώς και απο την Πελοπόννησο, ενώ ελάχιστες απο τις ερωτούμενες ήταν απο Μακεδονία και Θράκη.

Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων γυναικών συνοψίζεται σε γνώσεις γυμνασίου και άνω κάτι πολύ ενθαρρυντικό μιά και το δείγμα μας επιλέχθηκε τυχαία χωρίς διακρίσεις.

Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

Πίνακας 1: Κατανομή 252 γυναικών σε σχέση με το επάγγελμα:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΠΟΛΥΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΧΕΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ	108	(42.85)
ΜΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ	144	(57.15)
ΣΥΝΟΛΟ	252	(100)

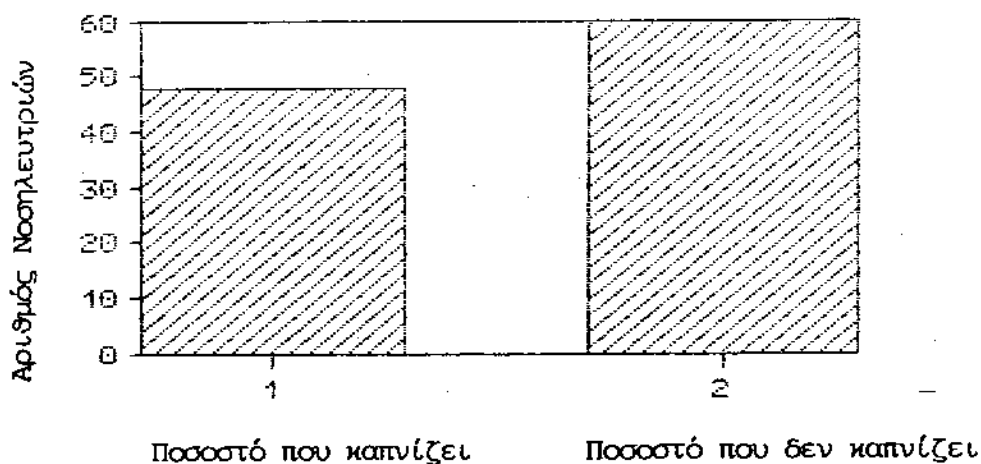
Στον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι το ποσοστό των Νοσηλευτριών θα είναι 42.85% και των μή νοσηλευτριών 57.15%.

Πίνακας 2 : Κατανομή 108 νοσηλευτριών σε σχέση με το ποσοστό που καπνίζουν.

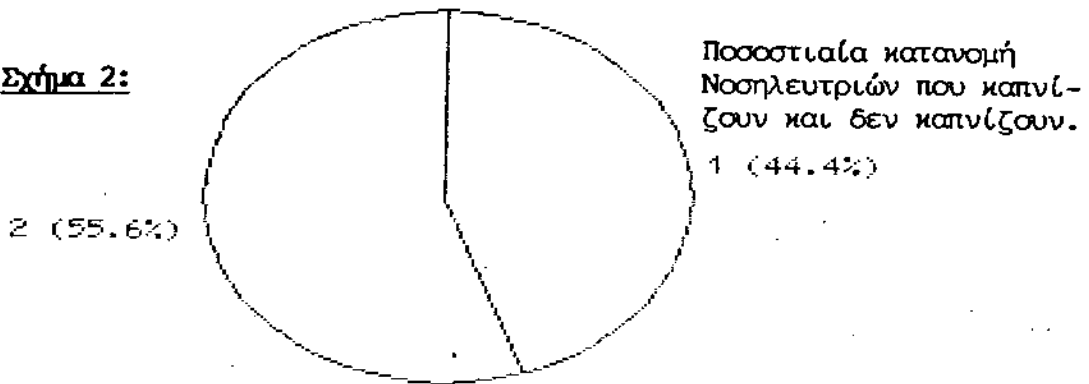
ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	F	ΓF%
ΝΑΙ	48	(44.44)
ΟΧΙ	60	(55.56)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	108	(100)

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το ποσοστό των νοσηλευτριών που καπνίζουν είναι 44.44%. Δεν ξεπερνά δηλαδή το 50%. (Σχήματα 1,2).

Σχήμα 1 :



**Σχήμα 2:**

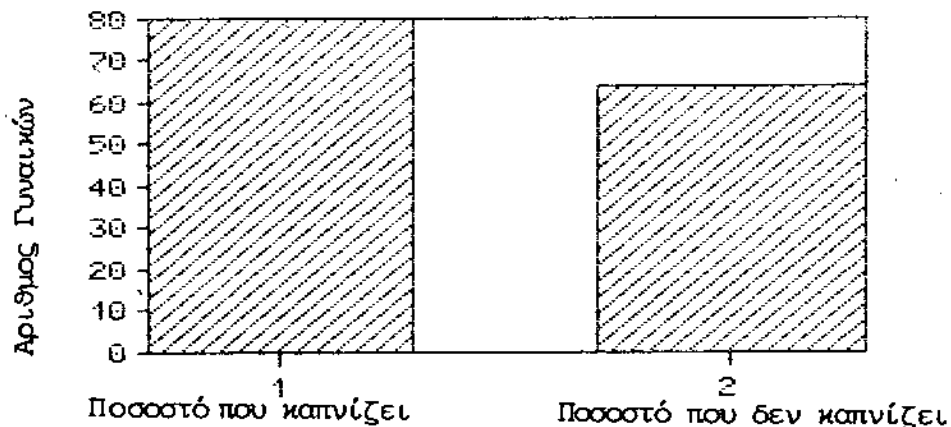


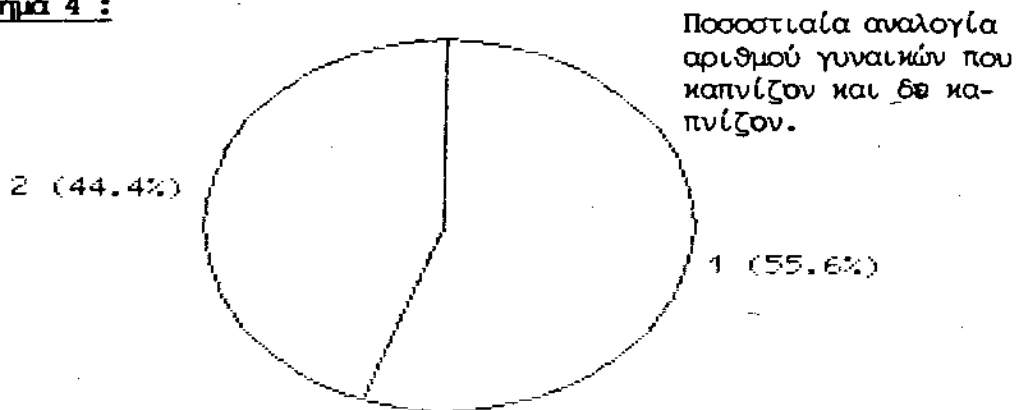
**Πίνακας 3 :** Κατανομή 144 γυναικών σε σχέση με το ποσοστό που καπνίζουν.

ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	F	ΓF%
ΝΑΙ	80	(55.5)
ΟΧΙ	64	(44.5)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	144	(100)

Στον Πίνακα 3 παρατηρούμε ότι το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν είναι 55.5%. Περνά το 50%. Αν κάνουμε μιά σύγκριση στους Πίνακες 2 και 3 θα δούμε ότι η διαφορά κυμαίνεται σ' ένα 10% περίπου. (Σχήματα 3,4).

**Σχήμα 3:**



**Σχήμα 4 :****Πίνακας 4 :** Κατανομή 108 Νοσηλευτριών σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ		ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%	F	ΓΦ%
ΑΓΡΑΜΜΑΤΗ	-	-	-	-	-	-
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	-	-	-	-	-	-
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	6	(12.5)	6	(10)	12	(11.11)
ΛΥΚΕΙΟ	12	(25)	6	(10)	8	(16.67)
ΤΕΙ	18	(37.5)	48	(80)	66	(61.11)
ΑΕΙ	12	(25)	-	-	12	(11.11)
ΣΥΝΟΛΟ	48	(100)	60	(100)	(108)	(100)

Στον Πίνακα 4 παρατηρούμε ότι το 61.11% έχει τελειώσει κάποια ανώτερη σχολή, ενώ δεν υπάρχει άτομο που να έχει τελειώσει δημοτικό ή να είναι τελείως αγράμματο.

**Πίνακας 5 :** Κατανομή 144 γυναικών σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ		ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΡΙΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	F	ΓF%	F	ΓF%	F	ΓF%
ΑΓΡΑΜΜΑΤΗ	-	-	-	-	-	-
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	8	(10)	4	(6.25)	12	(8.33)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	12	(15)	4	(6.25)	16	(11.11)
ΛΥΚΕΙΟ	36	(45)	40	(62.5)	76	(52.78)
ΤΕΙ	12	(15)	4	(6.25)	16	(11.11)
ΑΕΙ	12	(15)	12	(18.75)	24	(16.67)
ΣΥΝΟΛΟ	80	(100)	64	(100)	144	(100)

Στον Πίνακα 5 παρατηρούμε ότι το 52,78% των γυναικών έχουν τελειώσει λύκειο, ενώ δεν υπάρχει κανένα άτομο που να είναι αγράμματο.

**Πίνακας 6 :** Κατανομή 48 Νοσηλευτριών που καπνίζουν σε σχέση με τη συχνότητα του καπνίσματος.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	F	ΓF%
ΜΙΑ ΦΟΡΑ	-	-
ΜΙΑ Ή ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ	-	-
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	6	(12,5)
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΤΕΛΟΝ	6	(12,5)
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΤΩΡΑ	36	(75)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)



Στον Πίνακα 6 παρατηρούμε ότι το 75% των Νοσηλευτριών που καπνίζουν, καπνίζουν συστηματικά τώρα, ενώ μόνο ένα 12,5% κάπνιζαν συστηματικά στο παρελθόν και το έκοψαν.

Πίνακας 7 : Κατανομή 80 γυναικών που καπνίζουν σε σχέση με τη συχνότητα του καπνίσματος.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	F	ΓF%
ΜΙΑ ΦΟΡΑ	5	(6.25)
ΜΙΑ Ή ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ	11	(13.75)
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	18	(22.5)
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ	5	( 6.25)
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΤΩΡΑ	41	(51.25)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	

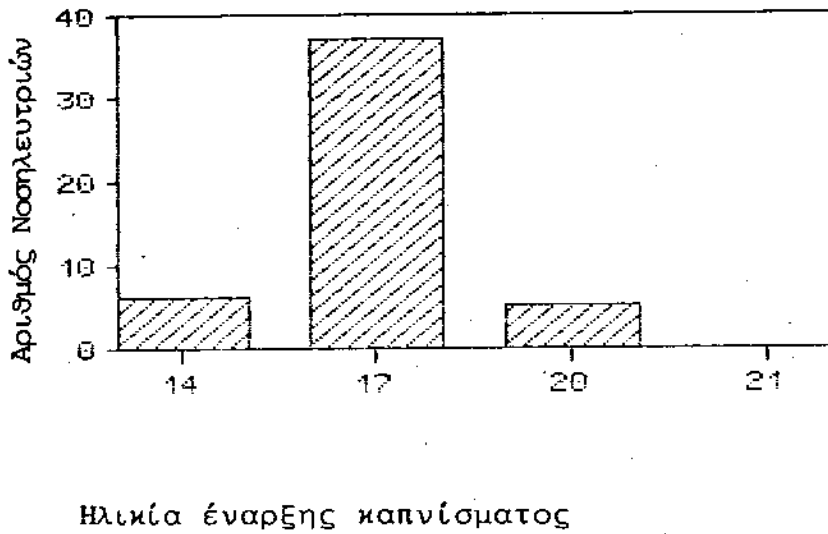
Στον Πίνακα 7 παρατηρούμε ότι το 51.25% των γυναικών που καπνίζουν, καπνίζουν συστηματικά τώρα, ενώ μόνο ένα 6.25% κάπνιζε συστηματικά στο παρελθόν.

Πίνακας 8 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών, σε σχέση με την ηλικία που άρχισαν να καπνίζουν.

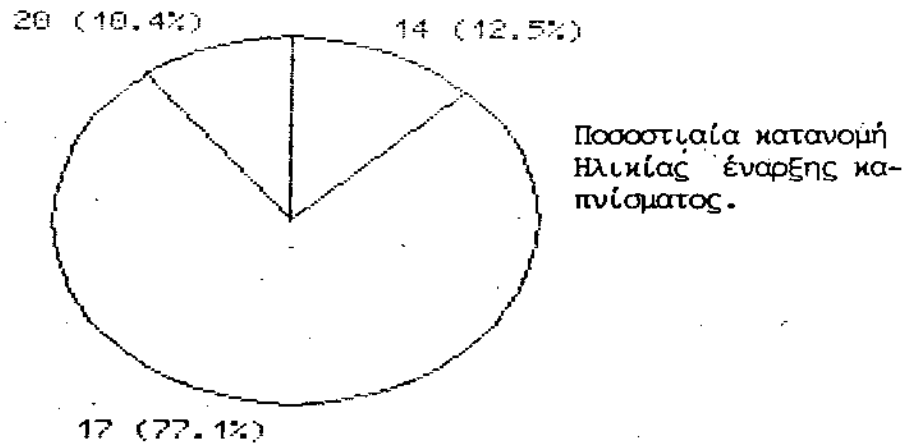
ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ	F	ΓF%
12 - 14 χρόνων	-	-
15 - 17 "	6	(12.5)
18 - 20 "	37	(77.09)
Μετά τα 21 χρόνια	5	(10.41)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

Στον Πίνακα 8 παρατηρούμε ότι το 77.09% άρχισε το κάπνισμα στην ηλικία 18-20 χρονών, ενώ μόνο το 10.41% μετά τα 21 χρόνια.

Σχήμα 5 :



Σχήμα 6:



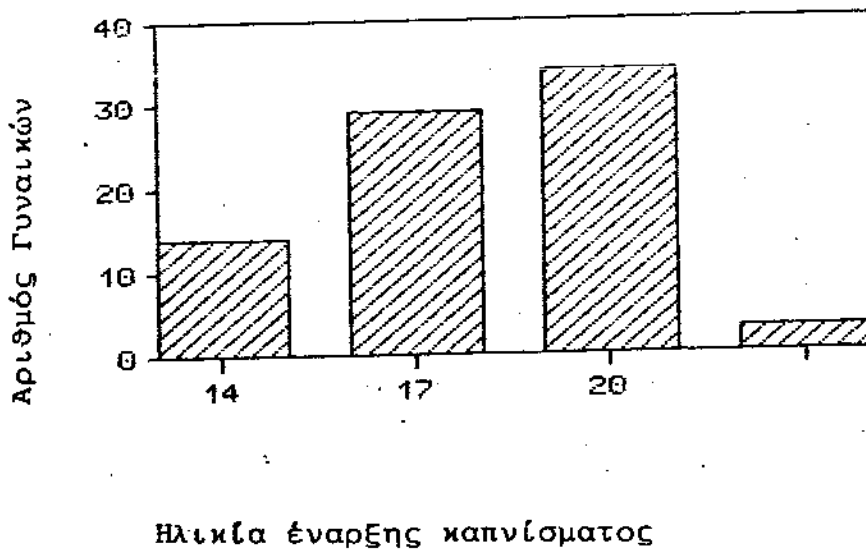
**Πίνακας 9 :** Κατανομή 80 γυναικών, σε σχέση με την ηλικία που άρχισαν να καπνίζουν.

ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ	F	ΓF%
12 - 14 χρονών	14	(17.5)
15 - 17 "	29	(36.25)
18 - 20 "	34	(42.5)
Μετά τα 21 χρόνια	3	(3.75)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 9 παρατηρούμε ότι το 42.5% άρχισε το κάπνισμα στην ηλικία 18-20 χρονών. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό 36.25% το άρχισε στην ηλικία 15-17 χρονών, καθώς και το 17.5% στην ηλικία 12-14 χρονών.

Εδώ φαίνεται η διαφορά με τις Νοσηλεύτριες, οι οποίες δεν κάπνιζαν καθόλου στην ηλικία 12-14 χρονών.

**Σχήμα 7 :**

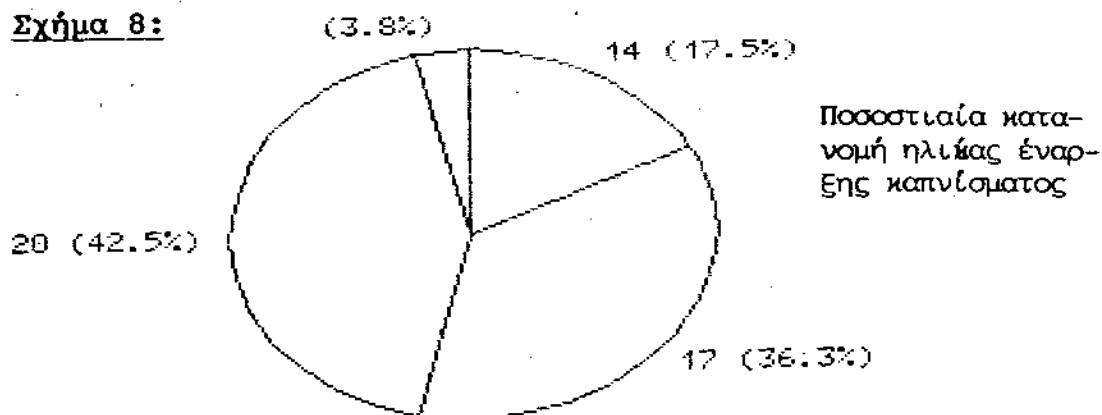


**Πίνακας 10 :** Κατανομή 128 γυναικών που καπνίζουν για τις μεταβλητές κάπνισμα απο τον πατέρα, τη μητέρα, τα αδέρφια, το παππού, τη γιαγιά, το σύζυγο, το γιό την κόρη.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	F	ΓF%
ΠΑΤΕΡΑΣ	72	(56.25)
ΜΗΤΕΡΑ	34	(26.56)
ΑΔΕΛΦΙΑ	65	(50.78)
ΠΑΠΠΟΥΣ	25	(19.53)
ΓΙΑΓΙΑ	11	(8.59)
ΣΥΖΥΓΟΣ	34	(26.56)
ΚΟΡΗ	-	-
ΓΙΟΣ	-	-

Στον πίνακα 10 παρατηρούμε ότι το 56.25% των γυναικών που καπνίζουν, κάπνιζε ο πατέρας τους. Επίσης έχουμε ανάλογα ποσοστά και για τους υπόλοιπους της οικογένειας, εκτός απο τα παιδιά.

**Σχήμα 8:**



Πίνακας 1 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών που καπνίζουν σε σχέση με το λόγο που τις ώθησε να καπνίζουν για πρώτη φορά.

Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΘΑΡΑ ΑΠΛΗ ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ	31 (64.58%)	17 (30.42%)	48 (100%)
ΠΡΟΤΡΟΠΗ ΚΑΠΟΙΟΥ ΦΙΛΟΥ Ή ΓΝΩΣΤΟΥ	5 (10.41%)	43 (89.59%)	48 (100%)
ΕΠΕΙΔΗ ΕΝΟΙΩΘΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΙΚΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΑΝ	- -	48 (100%)	48 (100%)
ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ	22 (45.83%)	26 (54.17%)	48 (100%)

Στον Πίνακα 11 παρατηρούμε ότι το 64.58% το άρχισαν απο καθαρά απλή περιέργεια, ενώ μόνο το 10.41% άρχισε το κάπνισμα απο προτροπή κάποιου φίλου ή γνωστού.

Πίνακας 12 : Κατανομή 80 γυναικών σε σχέση με το λόγο που τις ώθησε να καπνίσουν για πρώτη φορά.

Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΑΡΧΙΣΑΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	F	ΓF%
ΚΑΘΑΡΑ ΑΠΛΗ ΠΕΡΙΕΡΓΕΙΑ	43	(53.75)
ΠΡΟΤΡΟΠΗ ΚΑΠΟΙΟΥ ΦΙΛΟΥ Ή ΓΝΩΣΤΟΥ	23	(28.75)
ΕΠΕΙΔΗ ΕΝΟΙΩΘΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΙΚΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ ΜΟΥ ΠΟΥ ΚΑΠΝΙΖΑΝ	-	-
ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ	14	(17.5)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 12 παρατηρούμε ότι το 53.75% των γυναικών που καπνίζουν, άρχισαν το κάπνισμα απο καθαρά απλή περιέργεια ενώ το 28.75% επηρεάστηκε απο κάποιο φίλο του ή κάποιο γνωστό.

Στους Πίνακες 11 και 12 παρατηρούμε ότι δεν έχουμε καμία απάντηση, στο αν ένοιωθαν μειονεκτικά απέναντι σ' αυτούς που κάπνιζαν, γεγονός πολύ σημαντικό.

Πίνακας 13 : Κατανομή 48 νοσηλευτριών σε σχέση με το λόγο που συνεχίζουν να καπνίζουν.

Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΝΑ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΥΝΗΘΕΙΑ	30 (62.5%)	18 (37.5%)	48 (100%)
ΕΞΑΡΤΗΣΗ	5 (10.41%)	43 (89.59%)	48 (100%)
ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ	8 (16.67%)	40 (83.33%)	48 (100%)
ΕΙΝΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΑΛΑΡΩΣΗ	18 (37.5%)	30 (62.5%)	48 (100%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	-	48 (100%)	48 (100%)
ΔΙΑΙΤΑ	2 (4.16%)	46 (95.84%)	48 (100%)

Στον Πίνακα 13 παρατηρούμε ότι το 62.5% συνεχίζει να καπνίζει απο συνήθεια, ενώ κανένας δεν συνεχίζει λόγω οικογενειακών προβλημάτων.

Πίνακας 14 : Κατανομή 80 γυναικών, σε σχέση με το λόγο που συνεχίζουν το κάπνισμα.

Ο ΛΟΓΟΣ ΠΟΥ ΣΥΝΕΧΙΖΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΥΝΗΘΕΙΑ	39 (48.75%)	41 (51.25%)	80 (100%)
ΕΞΑΡΤΗΣΗ	4 (5%)	76 (95%)	80 (100%)
ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟ ΑΓΧΟΣ	22 (27.5%)	58 (72.5%)	80 (100%)
ΕΙΝΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΚΑΙ ΧΑΛΑΡΩΣΗ	19 (23.75%)	61 (76.25%)	80 (100%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	11 (13.73%)	69 (86.25%)	80 (100%)
ΔΙΑΙΤΑ	-	80 (100%)	80 (100%)

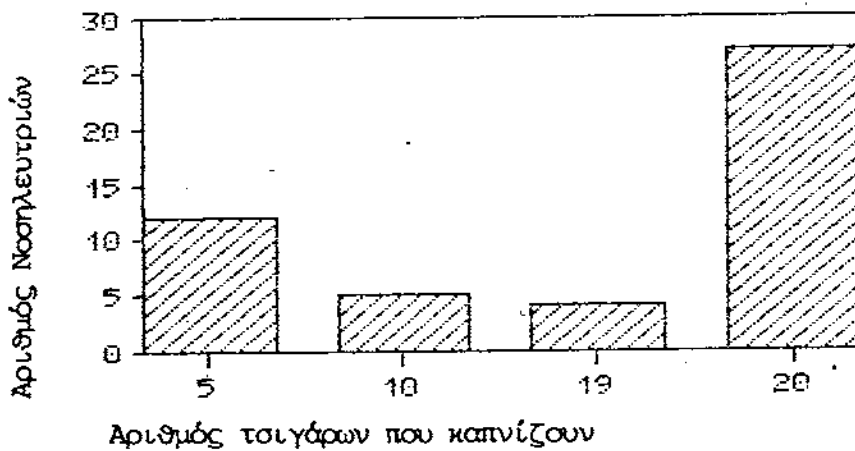
Στον πίνακα 14 παρατηρούμε ότι το 48.75% καπνίζει απο συνήθεια. Έτσι βλέπουμε ότι και οι Νοσηλεύτριες και οι υπόλοιπες γυναίκες έχουν σαν κύριο λόγο, να συνεχίζουν το κάπνισμα τη συνήθεια, κάποια διαφορά με τις Νοσηλεύτριες είναι ότι εδώ οι γυναίκες καπνίζουν σε ποσοστό 13.73% λόγω οικογενειακών προβλημάτων.

**Πίνακας 15 :** Κατανομή 48 Νοσηλευτριών της μεταβλητής δείκτης κατανάλωσης τσιγάρων.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	F	ΓΦ%
ΚΑΤΩ ΑΠΟ 5 ΤΣΙΓΑΡΑ	12	(25)
ΜΕΧΡΙ 10 ΤΣΙΓΑΡΑ	5	(10.42)
11-20 ΤΣΙΓΑΡΑ	4	( 8.33)
ΑΝΩ ΤΟΥ ΕΝΟΣ ΠΑΚΕΤΟΥ	27	(56.25)
ΕΝΑ ΠΑΚΕΤΟ	-	-
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΑ	-	-
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

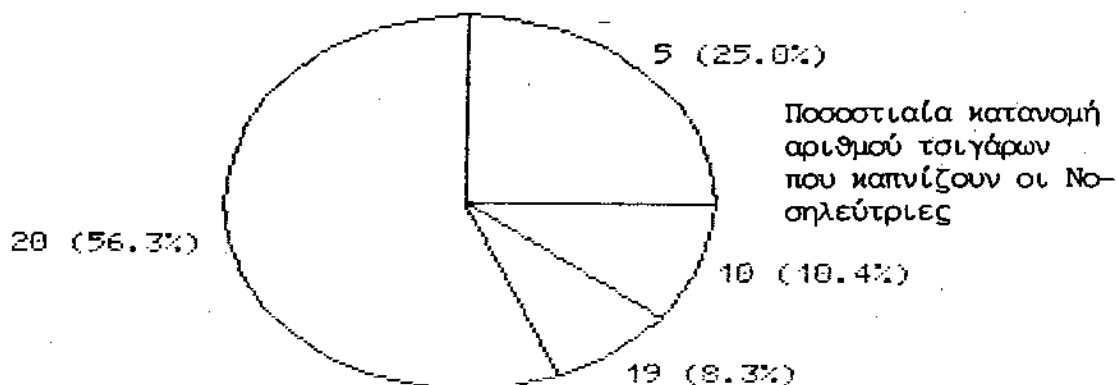
Στον Πίνακα 15 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 56.25% των Νοσηλευτριών καπνίζουν ένα πακέτο τη μέρα. Ενώ καμία δεν ξεπερνά το 1 πακέτο.

**Σχήμα 9:**





**Σχήμα 10 :**



**Πίνακας 16 :** Κατανομή 80 γυναικών της μεταβλητής δείκτης κατανάλωσης τσιγάρων.

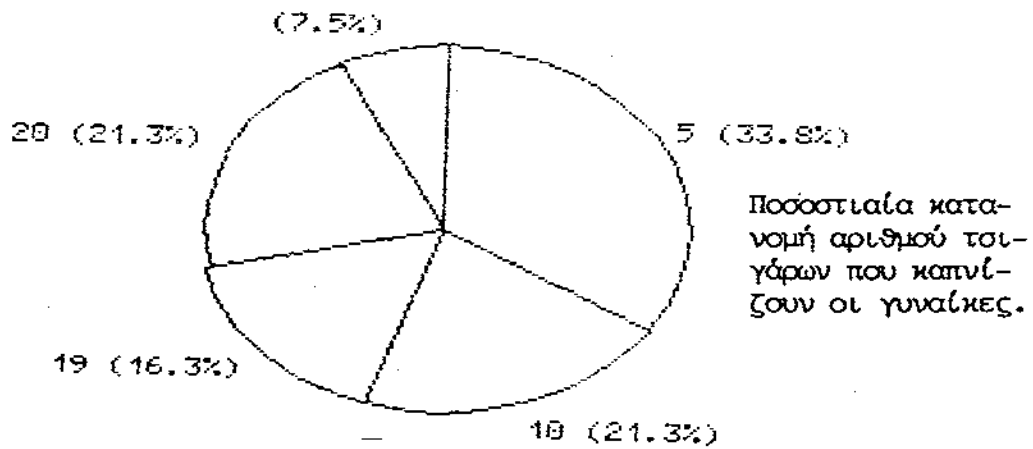
ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	F	ΓΡ%
ΚΑΤΩ ΑΠΟ 5 ΤΣΙΓΑΡΑ	15	(21.25)
ΜΕΧΡΙ 10 "	27	(33.75)
11 - 20 "	13	(16.25)
ΕΝΑ ΠΑΚΕΤΟ	17	(21.25)
ΑΝΩ ΤΟΥ ΕΝΟΣ ΠΑΚΕΤΟΥ	6	(7.5)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΔΥΟ ΠΑΚΕΤΑ	-	-
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 16 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (33.75%) των γυναικών καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα τη μέρα. Έχουμε όμως και ένα ποσοστό 7.5% που καπνίζουν πάνω από ένα πακέτο, σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες, που δεν ξεπερνούν το πακέτο.

Σχήμα 11 :



Σχήμα 12:



Πίνακας 17 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών σε σχέση με το τι νοιώθουν όταν καπνίζουν.

ΟΤΑΝ ΚΑΠΝΙΖΩ ΝΟΙΩΘΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΡΕΜΙΑ	26 (54.16%)	22 (45.84%)	48 (100%)
ΦΥΓΗ	4 (8.33%)	44 (91.67%)	48 (100%)
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ	11 (22.92%)	37 (77.08%)	48 (100%)
ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ	14 (29.16%)	34 (70.84%)	48 (100%)
ΕΚΤΟΝΩΣΗ	9 (8.75%)	39 (81.25%)	48 (100%)
ΑΜΗΧΑΝΙΑ-ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟ	-	48 (100%)	48 (100%)

Στον Πίνακα 17 παρατηρούμε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό (54.16%) νοιώθουν ηρεμία όταν καπνίζουν, ενώ σε μικρότερο ποσοστό (8.33%) νοιώθουν φυγή. Επίσης καμία δεν έχει "αμηχανία-εκνευρισμό" όταν καπνίζει.

Πίνακας 18 : Κατανομή 80 γυναικών σε σχέση με το τι νοιώθουν όταν καπνίζουν.

ΟΤΑΝ ΚΑΠΝΙΖΩ ΝΟΙΩΘΩ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΡΕΜΙΑ	12 (15%)	68 (85%)	80 (100%)
ΦΥΓΗ	21 (26.25%)	59 (73.75%)	80 (100%)
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ	11 (13.75%)	69 (86.25%)	80 (100%)
ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ	-	80 (100%)	80 (100%)
ΕΚΤΟΝΩΣΗ	10 (12.5%)	70 (87.5%)	80 (100%)
ΑΜΗΧΑΝΙΑ-ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΟ	34 (42.5%)	46 (57%)	80 (100%)

Στον Πίνακα 18 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες σε μεγαλύτερα ποσοστά (42.5%) καπνίζουν λόγω αμηχανίας-εκνευρισμού, σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες.

Πίνακας 19 : Κατανομή 48 Νοσηλεύτριών για τη μεταβλητή με τι συνοδεύουν συνήθως το κάπνισμά τους.

ΚΑΠΝΙΖΩ ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕ :	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΦΕ	34 (70.83%)	14 (29.17%)	48 (100%)
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ	14 (29.17%)	34 (70.83%)	48 (100%)
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	8 (16.67%)	40 (83.33%)	48 (100%)
ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ	10 (20.83%)	38 (79.17%)	48 (100%)

Στον πίνακα 19 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συνηθίζει να καπνίζει με καφέ, ενώ ένα 20.83% καπνίζει με οτιδήποτε. Επίσης έχουμε και ένα ποσοστό 29.17% που συνδυάζει τα οινοπνευματώδη ποτά με το κάπνισμα.

Πίνακας 20: Κατανομή 80 γυναικών, για τη μεταβλητή με τι συνοδεύουν συνήθως το κάπνισμά τους.

ΚΑΠΝΙΖΩ ΣΥΝΗΘΩΣ ΜΕ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΚΑΦΕ	46 (57.5%)	34 (42.5%)	80 (100%)
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ ΠΟΤΑ	9 (11.25%)	71 (88.75%)	80 (100%)
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	31 (38.75%)	49 (61.25%)	80 (100%)
ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ	-	80 (100%)	80 (100%)

Στον Πίνακα 20 παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (57.5%) καπνίζει με καφέ, ενώ το 38.75% με αναψυκτικά, σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες όπου το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 16.67%. Γεγονός όμως είναι, ότι και στις δύο κατηγορίες προτεύων ρόλο παίζει ο καφές.

Πίνακας 21 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών για τη μεταβλητή που καπνίζουν συνήθως.

ΣΥΝΗΘΙΣΩ ΝΑ ΚΑΠΝΙΣΩ ΣΤΟ :	F	ΓF%
ΔΡΟΜΟ	-	-
ΣΠΙΤΙ	37	(77.08%)
ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	1-	-
ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	23	(47.92)
ΜΟΝΟ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	13	(27.08)
ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ	-	-
ΠΑΝΤΟΥ	-	-

Στον Πίνακα 21 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των Νοσηλευτριών (77.08%) καπνίζει στο σπίτι, ενώ το 47.92% στο χώρο της δουλειάς. Επίσης βλέπουμε ότι καμία δεν καπνίζει στο δρόμο.

Πίνακας 22 : Κατανομή 80 γυναικών για τη μεταβλητή που καπνίζουν συνήθως.

ΣΥΝΗΘΙΣΩ ΝΑ ΚΑΠΝΙΣΩ ΣΤΟ :	F	ΓΦ%
ΔΡΟΜΟ	7	(8.75)
ΣΠΙΤΙ	33	(41.25)
ΛΕΩΦΟΡΕΙΟ	-	-
ΧΩΡΟ ΔΟΥΛΕΙΑΣ	20	(25)
ΜΟΝΟ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	23	(28.75)
ΣΕ ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ	4	(5)
ΠΑΝΤΟΥ	14	(17.5)

Στον Πίνακα 22 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (41.25%) καπνίζουν στο σπίτι, ενώ έχουμε και ένα μικρό ποσοστό (5%) που καπνίζει σε απαγορευμένους χώρους, σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες που δεν καπνίζει καμία εκεί.

Πίνακας 23 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών για το αν καπνίζουν μπροστά στους γονείς τους, στο σύζυγό τους, στα παιδιά τους.

ΚΑΠΝΙΣΩ :	F	ΓΦ%
ΚΡΥΦΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	35	(72.92)
ΚΡΥΦΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΖΥΓΟ	-	-
ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	13	(27.08)
ΣΥΝΟΛΟ	48	(100)

Στον Πίνακα 23 παρατηρούμε ότι το 72.92% καπνίζει κρυφά απο τους γονείς το 27.08% μπροστά στα παιδιά τους.

**Πίνακας 24 :** Κατανομή 80 γυναικών, για το αν καπνίζουν μπροστά στους γονείς, στο σύζυγο, στα παιδιά τους.

ΚΑΠΝΙΖΩ :	F	ΓΦ%
ΚΡΥΦΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ	27	(33.75)
ΚΡΥΦΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΖΥΓΟ	9	(11.25)
ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	34	(42.5)
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ	10	(12.5)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 24 παρατηρούμε ότι το 42.5% των γυναικών καπνίζει μπροστά στα παιδιά τους, ενώ το 11.25% καπνίζει κρυφά απο το σύζυγό τους, σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες που δεν καπνίζουν κρυφά.

Στους Πίνακες 25 και 26 βλέπουμε απο τις επηρεάστηκαν οι γυναίκες για τη συγκεκριμένη μάρκα των τσιγάρων τους.



Πίνακας 25 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών της μεταβλητής απο τι επηρεάστηκαν για τη συγκεκριμένη μάρκα των τσιγάρων τους.

ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ :	F	ΓΦ%
ΤΗ ΓΕΥΣΗ	30	(62.5)
ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	11	(22.92)
ΤΗΝ ΤΙΜΗ	19	(39.58)
ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ	-	-
ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΚΕΤΟΥ	-	-
ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΙΣΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	-	-

Στον Πίνακα 25 παρατηρούμε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό (62.5%) επηρεάστηκαν απο τη γεύση, ενώ απο την τιμή σε ποσοστό 39.58%. Επίσης βλέπουμε ότι δεν επηρεάστηκαν καθόλου απο την περιεκτικότητα της πίσσας και της νικοτίνης.

Πίνακας 26 : Κατανομή 80 γυναικών της μεταβλητής απο τι επηρεάστηκαν για τη συγκεκριμένη μάρκα των τσιγάρων τους.

ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ :	F	ΓΦ%
ΤΗ ΓΕΥΣΗ	46	(57.5)
ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	18	(22.5)
ΔΙΑΦΗΜΙΣΕΙΣ	8	(10)
ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΚΕΤΟΥ	-	-
ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΙΣΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	11	(13.75)

Στον Πίνακα 26 παρατηρούμε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες επηρεάστηκαν από τη γεύση (57.5%).

Έχουμε όμως και ένα ποσοστό 10% που επηρεάστηκε από τις διαφημίσεις, σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες που δεν επηρεάστηκαν καθόλου από αυτές. Επίσης βλέπουμε ότι επηρεάστηκαν και από την περιεκτικότητα της πίσσας και της νικοτίνης (σε ποσοστό 13.75%), σε αντίθεση πάλι με τις Νοσηλεύτριες.

**Πίνακας 27 :** Κατανομή 48 νοσηλευτριών της μεταβλητής τι σκοπεύουν να κάνουν, αν το περίπτερό τους δεν έχει τη συγκεκριμένη μάρκα των τσιγάρων τους.

	F	ΓF%
ΘΑ ΠΑΡΩ ΑΛΛΗ	6	(12.5)
ΘΑ ΠΑΩ ΣΕ ΑΛΛΟ ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ	28	(58.33)
ΔΕΝ ΘΑ ΠΑΡΩ ΤΙΠΟΤΑ	14	(29.17)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

Στον Πίνακα 27 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 58.33% θα πάει σε άλλο περίπτερο, για να βρεί τη συγκεκριμένη μάρκα, ενώ το 29.17% δεν θα πάρει τίποτα.

Πίνακας 28 : Κατανομή 80 γυναικών της μεταβλητής τι σκοπεύουν να κάνουν αν το περίπτερό τους δεν έχει τη συγκεκριμένη μάρκα των τσιγάρων τους.

	F	ΓF%
ΘΑ ΠΑΡΩ ΑΛΛΗ	9	(11.25)
ΘΑ ΠΑΩ ΣΕ ΑΛΛΟ ΠΕΡΙΠΤΕΡΟ	57	(71.25)
ΔΕΝ ΘΑ ΠΑΡΩ ΤΙΠΟΤΑ	14	(17.5)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 28 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 71.25% θα πάει σε άλλο περίπτερο, ενώ μόνο το 17.5% δεν θα πάρει τίποτα.

Πίνακας 29 : Κατανομή 48 νοσηλευτριών της μεταβλητής τι τσιγάρα καπνίζουν σε σχέση με το φίλτρο.

ΚΑΠΝΙΖΩ ΤΣΙΓΑΡΑ	F	ΓF%
ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ	19	(39.88)
ΧΩΡΙΣ ΦΙΛΤΡΟ	-	-
ΣΚΛΗΡΑ	5	(10.41)
ΜΑΛΑΚΑ	6	(12.5)
ΜΑΛΑΚΑ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ	11	(22.92)
ΣΚΛΗΡΑ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ	7	(14.59)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

Στον Πίνακα 29 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο καπνίζει τσιγάρα με φίλτρο και ιδιαίτερα μαλακά με φίλτρο.

Πίνακας 30 : Κατανομή 80 γυναικών της μεταβλητής τι τσιγάρα καπνίζουν σε σχέση με το φίλτρο.

ΚΑΠΝΙΣΩ ΤΣΙΓΑΡΑ	F	ΓΦ%
ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ	33	(41.25)
ΧΩΡΙΣ ΦΙΛΤΡΟ	-	-
ΣΚΛΗΡΑ	12	(15)
ΜΑΛΑΚΑ	-	-
ΜΑΛΑΚΑ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ	13	(16.25)
ΣΚΛΗΡΑ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ	22	(27.50)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

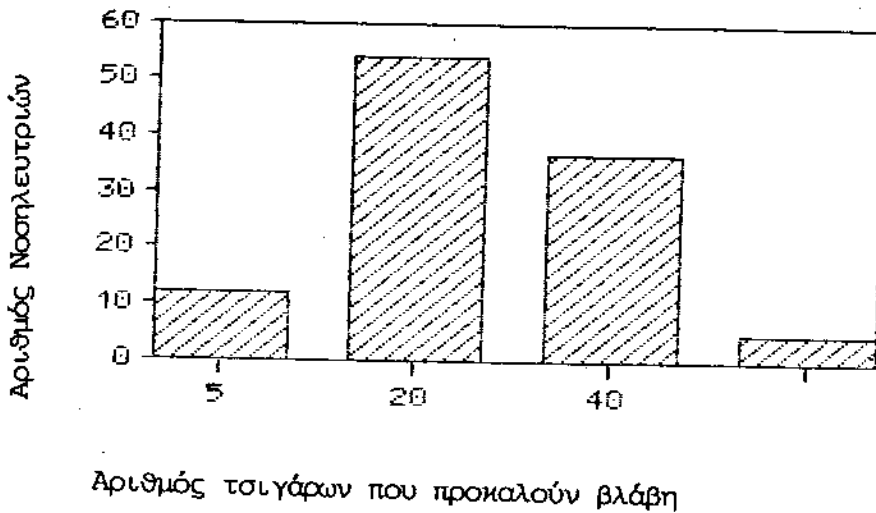
Στον Πίνακα 30 παρατηρούμε, όπως και στις Νοσηλεύτριες, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καπνίζει τσιγάρα με φίλτρο.

Πίνακας 31 : Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για τη μεταβλητή γώση για τις βλάβες απο το κάπνισμα ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά.

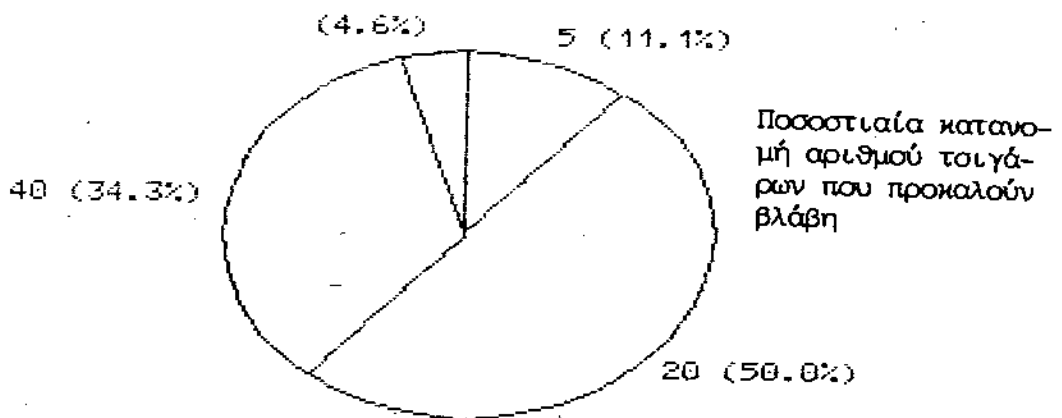
ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ :	F	ΓΦ%
1-5 ΤΣΙΓΑΡΑ	12	(11.11)
5-20 ΤΣΙΓΑΡΑ	54	(50)
20-40 ΤΣΙΓΑΡΑ	37	(34.20)
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 40 ΤΣΙΓΑΡΑ	5	(4.63)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	108	(100)

Στον Πίνακα 31 παρατηρούμε ότι το 50% πιστεύει πως η βλάβη απο το κάπνισμα προκαλείται απο 5-20 τσιγάρα και το 34.26% απο 20-40 τσιγάρα. Έχουμε όμως και ένα ποσοστό 11.11% που πιστεύει ότι η βλάβη απο το κάπνισμα προκαλείται απο 1-5 τσιγάρα.

**Σχήμα 13 :**



**Σχήμα 14:**

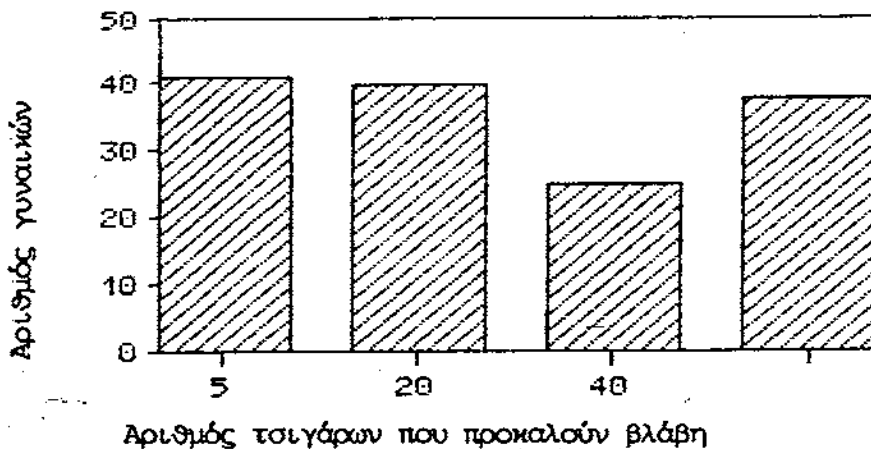


**Πίνακας 32 :** Κατανομή 144 γυναικών για τη μεταβλητή γνώση για τις βλάβες απο το κάπνισμα ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά.

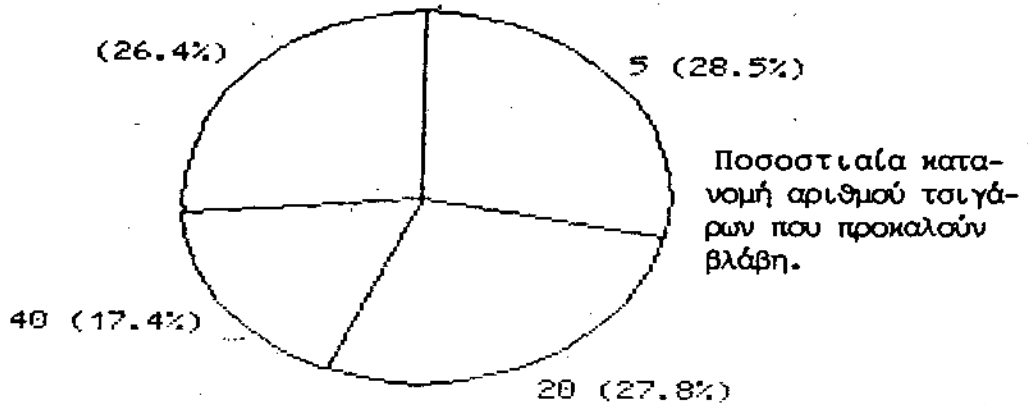
ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ :	F	ΓΦ%
1-5 ΤΣΙΓΑΡΑ	41	(28.47)
5-20 "	40	(27.78)
20-40 "	25	(17.36)
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 40 ΤΣΙΓΑΡΑ	38	(26.39)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	144	(100)

Στον Πίνακα 32 παρατηρούμε ότι το 27.78% των γυναικών πιστεύει ότι η βλάβη απο το κάπνισμα προκαλείται απο 5-20 τσιγάρα και το 28.47% απο 1-5 τσιγάρα. Εδώ διακρίνουμε μία διαφορά με τις Νοσηλεύτριες που πιστεύουν πιο πολύ τη βλάβη απο 5-20 τσιγάρα και απο 20-40 τσιγάρα.

**Σχήμα 15 :**



**Σχήμα 16 :**



**Πίνακας 33 :** Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για τη μεταβλητή γνώση για τη βλάβη απο το κάπνισμα με φίλτρο ή χωρίς φίλτρο.

Η ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ ΕΙΝΑΙ :		
Η ΙΔΙΑ ΒΛΑΒΗ	32	(29.63)
ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ	58	(53.7)
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ	11	(10.18)
ΚΑΜΙΑ	-	-
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	7	(6.49)
<b>Σ Υ Ν Ο Λ Ο</b>	<b>108</b>	<b>(100)</b>

Στον πίνακα 33 παρατηρούμε ότι οι Νοσηλεύτριες γνωρίζουν σε ποσοστό 53.7% ότι το κάπνισμα τσιγάρων με φίλτρο προκαλεί μικρότερες βλάβες (ιδίως στους πνεύμονες). Έχουμε και ένα ποσοστό 6.49% που δεν ξέρει να απαντήσει.

**Πίνακας 34 :** Κατανομή 144 γυναικών για τη μεταβλητή γνώση για τη βλάβη απο το κάπνισμα, με ή χωρίς φίλτρο.

Η ΒΛΑΒΗ ΑΠΟ ΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΜΕ ΦΙΛΤΡΟ ΕΙΝΑΙ:	F	ΓΦ%
Η ΙΔΙΑ ΒΛΑΒΗ	77	(53.47)
ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ	56	(38.89)
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ	4	(2.77)
ΚΑΜΙΑ	-	-
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	7	(4.87)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	144	(100)

Στον Πίνακα 34 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 53.47% των γυναικών πιστεύει πως η βλάβη απο τα τσιγάρα με φίλτρο είναι είναι η ίδια βλάβη και με χωρίς φίλτρο.

Βλέπουμε ότι οι Νοσηλεύτριες γνωρίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι το κάπνισμα τσιγάρων με φίλτρο προκαλεί μικρότερες βλάβες.

**Πίνακας 35 :** Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για τις μεταβλητές γνώση της αιτιολογικής σχέσης του καπνίσματος με τα αναπνευστικά προβλήματα, τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο, την αλλεργία, τη φυματίωση.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ:	F	ΓΦ%
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	95	(87.96)
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	70	(64.81)
ΚΑΡΚΙΝΟ (ΠΝΕΥΜΟΝΑ)	88	(81.48)
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	31	(28.70)
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	25	(23.15)



Στον Πίνακα 35 παρατηρούμε ότι οι Νοσηλεύτριες γνωρίζουν σε υψηλό ποσοστό 81.48% για την αιτιολογική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου του πνεύμονα. Η μελέτη επίσης δείχνει ότι οι Νοσηλεύτριες γνωρίζουν και για την αιτιολογική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και των καρδιοπαθειών καθώς και των αναπνευστικών προβλημάτων.

**Πίνακας 36 :** Κατανομή 144 γυναικών για τις μεταβλητές γνώση της αιτιολογικής σχέσης του καπνίσματος με τα αναπνευστικά προβλήματα, τις καρδιοπάθειες, τον καρκίνο, την αλλεργία, τη φυματίωση.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ:	F	ΓΦ%
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	104	(72.22)
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	88	(61.11)
ΚΑΡΚΙΝΟ	108	(75)
ΑΛΛΕΡΓΙΑ	21	(14.18)
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	19	(13.19)

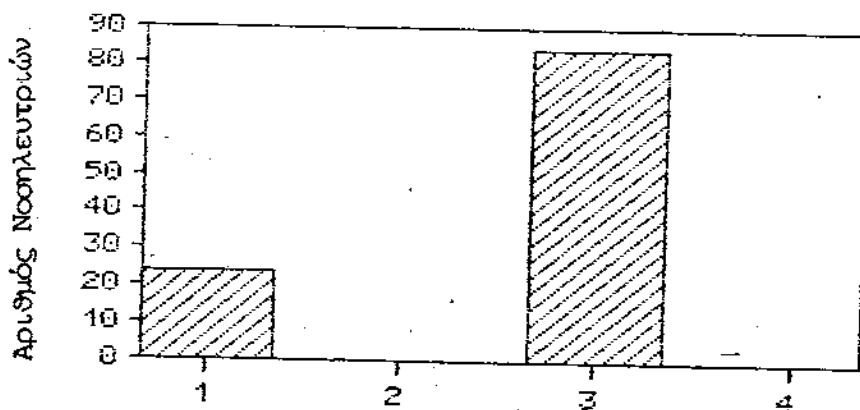
Στον Πίνακα 36 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες γνωρίζουν σε μεγάλα ποσοστά για την αιτιολογική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και τις καρδιοπάθειες (61.11%), τα αναπνευστικά προβλήματα (72.22%) και τον καρκίνο (75%).

**Πίνακας 37 :** Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για τη μεταβλητή γνώση του κατά πόσο οι βλάβες του πνεύμονα και της καρδιάς σχετίζονται με το φύλο.

ΟΙ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΦΟΡΟΥΝ :	F	ΓΦ%
ΚΥΡΙΩΣ ΑΝΔΡΕΣ	24	(22.2)
ΚΥΡΙΩΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	-	-
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΛΟ	84	(77.8)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	-	-
<b>Σ Υ Ν Ο Λ Ο</b>	<b>108</b>	<b>(100)</b>

Στον Πίνακα 37 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των Νοσηλευτριών απαντούν σωστά (77.8%) δηλαδή ότι οι βλάβες των πνευμόνων και της καρδιάς είναι ανεξάρτητες από το φύλο.

**Σχήμα 17 :**



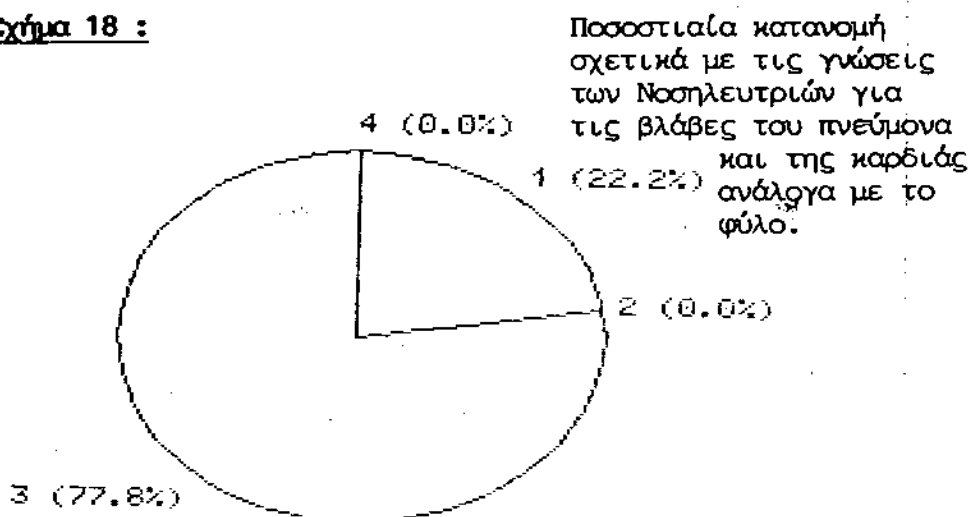
Σε σχέση με τις γνώσεις τους για τις βλάβες του πνεύμονα και της καρδιάς ανάλογα με το φύλο.

(1): Άνδρες

(3) : Ανεξάρτητα από το φύλο

(2): Γυναίκες

(4) : Δεν ξέρω

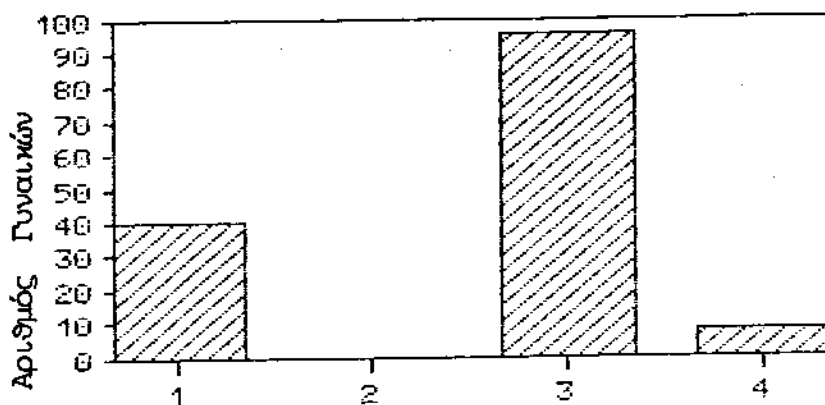
**Σχήμα 18 :**

**Πίνακας 38 :** Κατανομή 144 γυναικών για τη μεταβλητή γνώση του κατά πόσο οι βλάβες του πνεύμονα και της καρδιάς σχετίζονται με το φύλο.

ΟΙ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΑΦΟΡΟΥΝ :	F	ΓΦ%
ΚΥΡΙΩΣ ΑΝΔΡΕΣ	40	(27.77)
ΚΥΡΙΩΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	-	-
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΛΟ	96	(66.67)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	8	(5.56)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	144	(100)

Στον Πίνακα 38 παρατηρούμε ότι το 66.67% των γυναικών απαντά σωστά, δηλαδή ότι οι βλάβες των πνευμόνων και της καρδιάς είναι ανεξάρτητες από το φύλο. Έχουμε όμως και ένα ποσοστό 27.77%, το οποίο απαντά λανθασμένα (ότι οι βλάβες των πνευμόνων και της καρδιάς αφορούν κυρίως άνδρες).

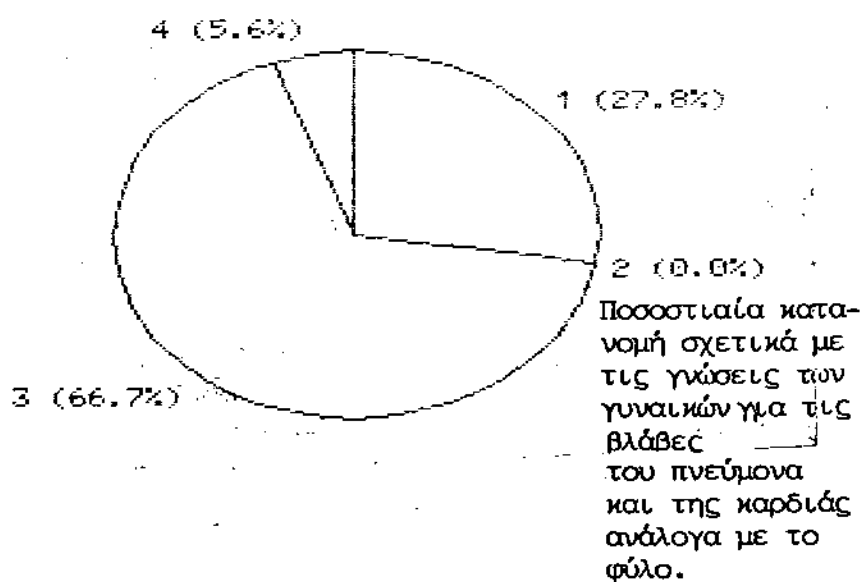
**Σχήμα 19 :**



Σε σχέση με τις γνώσεις τους για τις βλάβες του πνεύμονα και της καρδιάς ανάλογα με το φύλο.

- (1) : Άνδρας
- (2) : Γυναίκες
- (3) : Ανεξάρτητα απο το φύλο
- (4) : Δεν ξέρω

**Σχήμα 20 :**



**Πίνακας 39 :** Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για τη σχέση του καπνίσματος με την προσωπικότητα της γυναίκας.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΠΡΟΣΘΕΤΕΙ Ή ΑΦΑΙΡΕΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ;	F	ΓΦ%
ΠΡΟΣΘΕΤΕΙ	7	(6.48)
ΑΦΑΙΡΕΙ	31	(28.7)
ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ	70	(64.82)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	-	-
<b>Σ Υ Ν Ο Λ Ο</b>	<b>108</b>	<b>(100)</b>

Στον πίνακα 39 παρατηρούμε ότι το 64.82% των Νοσηλευτριών πιστεύει πως το κάπνισμα δεν επηρεάζει την προσωπικότητα της γυναίκας. Έχουμε όμως και ένα ποσοστό 28.7% που πιστεύει πως το κάπνισμα αφαιρεί στην προσωπικότητα της γυναίκας.

**Πίνακας 40 :** Κατανομή 144 γυναικών για τη σχέση του καπνίσματος με την προσωπικότητα της γυναίκας.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΑΦΑΙΡΕΙ Ή ΠΡΟΣΘΕΤΕΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΜΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ;	F	ΓΦ%
ΠΡΟΣΘΕΤΕΙ	-	-
ΑΦΑΙΡΕΙ	33	(22.92)
ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΤΑ ΔΥΟ	81	(56.25)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	30	(20.83)
<b>Σ Υ Ν Ο Λ Ο</b>	<b>144</b>	<b>(100)</b>

Στον Πίνακα 40 παρατηρούμε ότι το 56.25% πιστεύει πως το κάπνισμα δεν επηρεάζει την προσωπικότητα της γυναίκας, έχουμε όμως και ένα 22.92% που πιστεύει πως το κάπνισμα αφαιρεί στην προσωπικότητα μιάς γυναίκας.

Πίνακας 41 : Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη γυναίκα.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ	F	ΓF%
ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ	42	(38.52)
ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	74	(68.52)
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	8	(7.41)
ΚΟΠΩΣΗ	34	(31.48)
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	14	(12.96)
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	75	(69.44)

Στον Πίνακα 41 παρατηρούμε ότι οι Νοσηλεύτριες πιστεύουν ότι το κάπνισμα προκαλεί δερματικές αλλοιώσεις στο πρόσωπο (σε ποσοστό 68.52%), καθώς και αναπνευστικά προβλήματα (69.44%). Επίσης ένα ποσοστό 31.48% θεωρεί ότι το κάπνισμα προκαλεί κόπωση καθώς και το 38.52% αδυνάτισμα.

**Πίνακας 42 :** Κατανομή 144 γυναικών για τις επιπτώσεις του καπνίσματος στη γυναίκα.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ:	F	ΓF%
ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ	28	(19.44)
ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ	43	(29.86)
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	7	(4.86)
ΚΟΠΩΣΗ	33	(22.52)
ΣΤΕΙΡΩΣΗ	13	(9.03)
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	104	(72.2)

Στον Πίνακα 42 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες πιστεύουν σε μεγάλο ποσοστό 72.2% πως το κάπνισμα προκαλεί αναπνευστικά προβλήματα. Επίσης το 29.86% δερματικές αλλοιώσεις στο πρόσωπο, το 19.44% αδυνάτισμα και το 22.52% κόπωση.

**Πίνακας 43 :** Κατανομή 108 Νοσηλευτριών σε σχέση με τη γνώση τους για τις συνέπειες του καπνίσματος στην έγκυο γυναίκα.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΡΟΚΑΛΕΙ :	F	ΓF%
ΑΠΟΒΟΛΗ	38	(35.18)
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	58	(53.7)
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΕΣ ΕΜΒΡΥΟ	77	(71.29)
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	51	(47.22)
ΠΡΟΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	69	(63.89)
ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	63	(58.33)
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	27	(25)

Στον Πίνακα 43 βλέπουμε ότι το 71,29% πιστεύει ότι το κάπνισμα στην έγκυο γυναίκα προκαλεί ελλιποβαρές έμβρυο, το 58.33% διανοητικά προβλήματα, το 47.22% καρδιολογικά προβλήματα και ένα ποσοστό 35.18% ότι προκαλεί αποβολή. Επίσης έχουμε και ένα 25% που θεωρεί ότι το κάπνισμα προκαλεί αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.

**Πίνακας 44 :** Κατανομή 144 γυναικών σε σχέση με τη γνώση τους για τις συνέπειες του καπνίσματος στην έγκυο γυναίκα.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΟ ΠΡΟΚΑΛΕΙ:	F	ΓΦ%
ΑΠΟΒΟΛΗ	61	(42.36)
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	63	(43.75)
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΕΣ ΕΜΒΡΥΟ	95	(65.97)
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	57	(39.58)
ΠΡΩΩΡΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	48	(33.33)
ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	32	(22.22)
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ	21	(14.58)

Στον Πίνακα 44 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 65.97% θεωρεί ότι το κάπνισμα προκαλεί ελλιποβαρές έμβρυο, στην έγκυο γυναίκα. Το 42.36% και το 43.75% αποβολή και αναπνευστικά προβλήματα αντίστοιχα, ενώ το 33.33% πρόωρο τοκετό. Επίσης έχουμε και ένα 14.58% που θεωρεί ότι προκαλεί αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα.



**Πίνακας 45 :** Κατανομή 108 Νοσηλεύτριών σε σχέση με τα κίνητρα, που θα ήταν ικανά να κόψουν το κάπνισμα.

ΤΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ :	F	ΓΡ%
ΥΓΕΙΑ	62	(57.41)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	5	(10.41)
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	105	(97.22)
ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ	9	(18.75)
ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΟΛΑ ΑΥΤΑ	-	-

Στον Πίνακα 45 παρατηρούμε ότι οι Νοσηλεύτριες έχουν σαν βασικότερο λόγο για να κόψουν το κάπνισμα την εγκυμοσύνη και έπειτα την υγεία, ενώ μόνο το 10.41% θα το κόψει για οικονομικούς λόγους.

**Πίνακας 46 :** Κατανομή 144 γυναικών σε σχέση με τα κίνητρα, που θα ήταν ικανά να κόψουν το κάπνισμα.

ΤΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΕΙΝΑΙ :	F	ΓΡ%
ΥΓΕΙΑ	89	(61.81)
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ	21	(14.58)
ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	47	(32.64)
ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ	7	(4.86)
ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΟΛΑ ΑΥΤΑ	-	-

Στον Πίνακα 46 παρατηρούμε ότι οι γυναίκες έχουν σαν σοβαρότερο λόγο για να κόψουν το κάπνισμα την υγεία (61.81%), ενώ η εγκυμοσύνη έρχεται δεύτερη, σε ποσοστό 32.64%. Εδώ διακρίνουμε μία μεγάλη διαφορά με τις Νοσηλεύτριες.

Πίνακας 47 : Κατανομή 48 Νοσηλευτριών που καπνίζουν, για το αν σκέφτονται τη διπλανή τους που δεν καπνίζει.

	F	ΓF%
ΝΑΙ	43	(89.58)
ΟΧΙ	5	(10.42)
ΔΕΝ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ	-	-
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

Στον πίνακα 47 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των Νοσηλευτριών (89.58%) σκέφτεται τη διπλανή της γυναίκα που δεν καπνίζει.

Πίνακας 48 : Κατανομή 80 γυναικών που καπνίζουν, για το αν σκέφτονται τη διπλανή τους που δεν καπνίζει.

	F	ΓF%
ΝΑΙ	53	(66.25)
ΟΧΙ	13	(16.25)
ΔΕΝ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ	4	(17.5)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 48 παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών 66.25% σκέφτεται τη διπλανή της που δεν καπνίζει.

Πίνακας 49 : Κατανομή 108 Νοσηλευτριών για το τι θα 'θελαν να συστήσουν στις γυναίκες της ηλικίας τους σχετικά με το κάπνισμα.

	F	ΓΦ%
ΝΑ ΤΟ ΣΥΝΕΧΙΣΟΥΝ	-	-
ΝΑ ΤΟ ΕΛΛΑΤΩΣΟΥΝ	19	(17.59)
ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΟΥΝ	77	(71.29)
ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΟΛΑ ΑΥΤΑ	5	(4.63)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	7	(6.49)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	108	(100)

Στον Πίνακα 49 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (71.29%) των Νοσηλευτριών, θα ήθελε να συστήσει σε γυναίκες της ηλικίας τους να κόψουν το κάπνισμα, ενώ καμία δεν συστήνει να το συνεχίσουν.

Πίνακας 50 : Κατανομή 144 γυναικών για το τι θα 'θελαν να συστήσουν σε γυναίκες της ηλικίας τους σχετικά με το κάπνισμα.

	F	ΓΦ%
ΝΑ ΤΟ ΣΥΝΕΧΙΣΟΥΝ	-	-
ΝΑ ΤΟ ΕΛΛΑΤΩΣΟΥΝ	57	(39.58)
ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΟΥΝ	71	(49.32)
ΤΙΠΟΤΑ ΑΠΟ ΟΛΑ ΑΥΤΑ	12	(8.33)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	4	(2.77)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	144	(100)

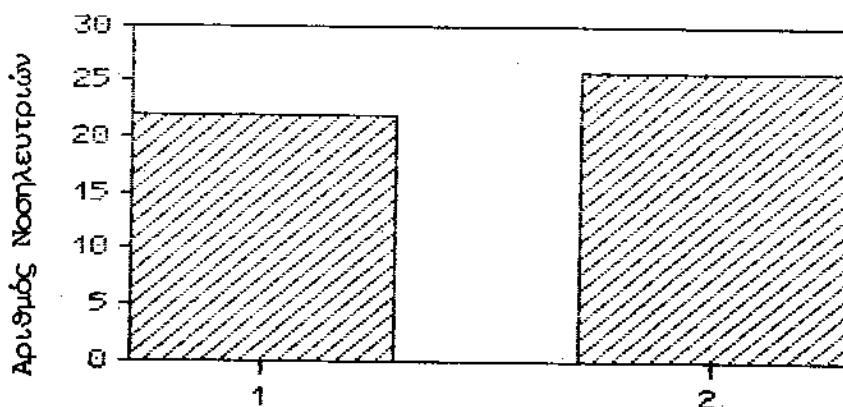
Στον Πίνακα 50 παρατηρούμε ότι το 49.32% των γυναικών προτείνουν σε γυναίκες της ηλικίας τους να κόψουν το κάπνισμα, ενώ το 39.58% προτείνουν να το ελαττώσουν.

**Πίνακας 51 :** Κατανομή 48 Νοσηλευτριών για το αν προσπάθησαν ποτέ να κόψουν το κάπνισμα.

ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΩ :	F	ΓΦ%
ΝΑΙ	22	(45.83)
ΟΧΙ	26	(54.17)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

Στον Πίνακα 51 παρατηρούμε ότι το 45.83% των Νοσηλευτριών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα και διαπίστωσαν πως δεν μπορούσαν.

**Σχήμα 21 :**

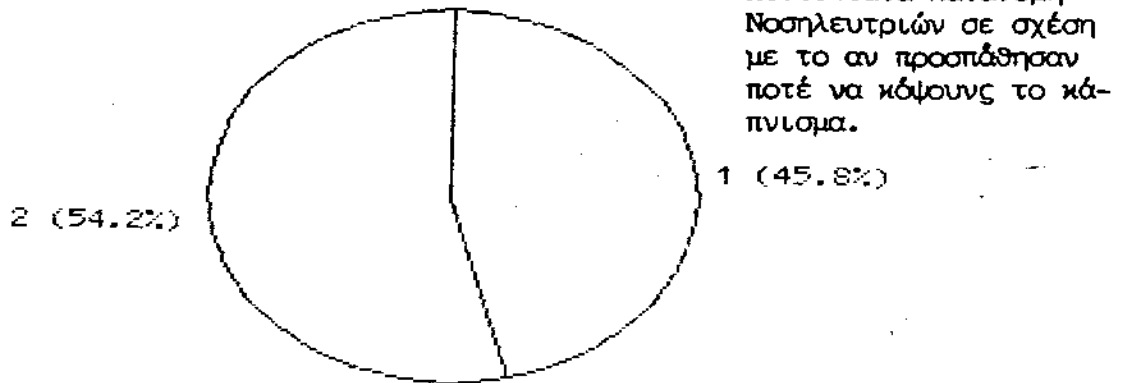


Σε σχέση με το αν προσπάθησαν ποτέ να κόψουν το κάπνισμα :

(1) : Ναι

(2) : Όχι

Σχήμα 22 :

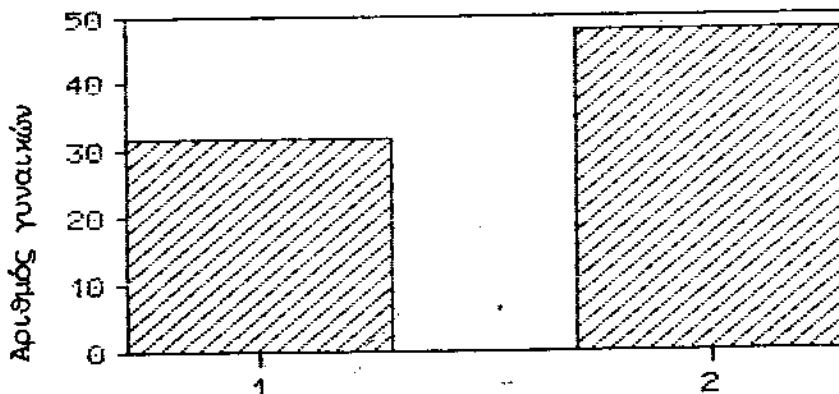


Πίνακας 52 : Κατανομή 80 γυναικών για το αν προσπάθησαν ποτέ να κόψουν το κάπνισμα.

ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΑ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΩ:	F	ΓΦ%
ΝΑΙ	32	(40)
ΟΧΙ	48	(60)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 52 παρατηρούμε ότι το 40% των γυναικών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα και διαπίστωσαν πως δεν μπορούσαν.

Σχήμα 23 :

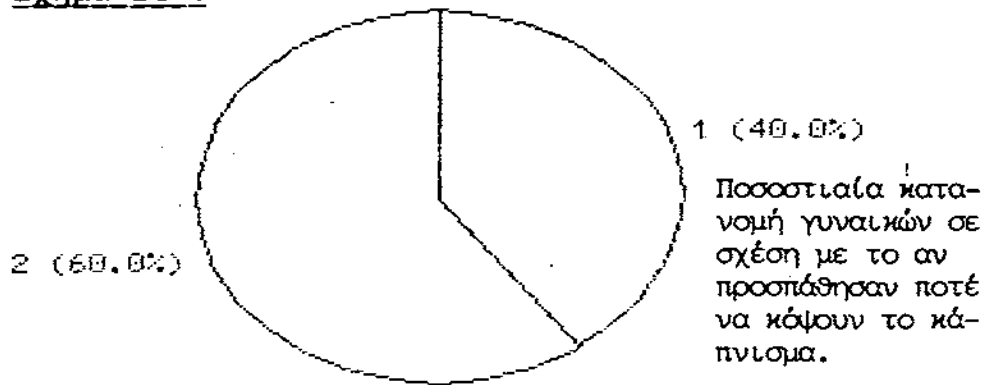


Σε σχέση με το αν προσπάθησαν ποτέ να κόψουν το κάπνισμα

(1) : Ναι

(2) : Όχι

Σχήμα 24 :

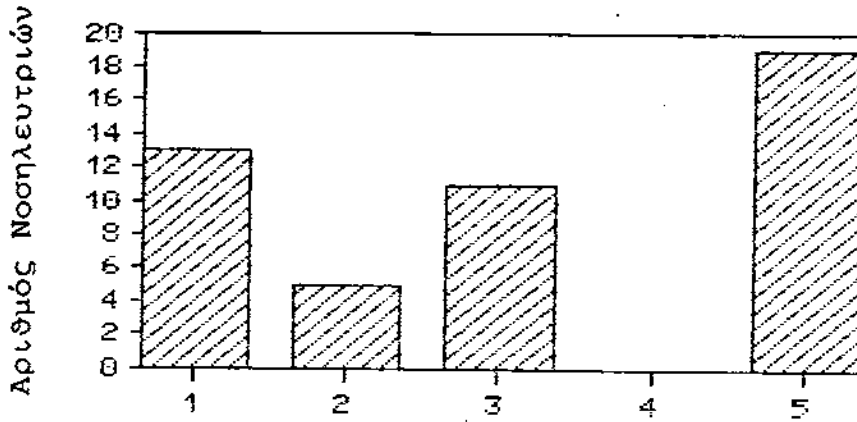


Πίνακας 53: Κατανομή 48 νοσηλευτριών που καπνίζουν σε σχέση με το τι σκοπεύουν να κάνουν για το κάπνισμα.

ΣΚΟΠΕΥΩ :	F	ΓΦ%
ΝΑ ΤΟ ΣΥΝΕΧΙΣΩ	13	(27.08)
ΝΑ ΤΟ ΕΛΛΑΤΩΣΩ	5	(10.42)
ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΩ	11	(22.91)
ΑΔΙΑΦΟΡΩ	-	-
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	19	(39.59)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	48	(100)

Στον Πίνακα 53 παρατηρούμε ότι το 39.91% δηλώνει πως δεν ξέρει τι σκοπεύει να κάνει στο μέλλον, σχετικά με το κάπνισμα. Το 22.91% όμως δηλώνει ότι θα το κόψει και το 27.08% πως θα συνεχίσει.

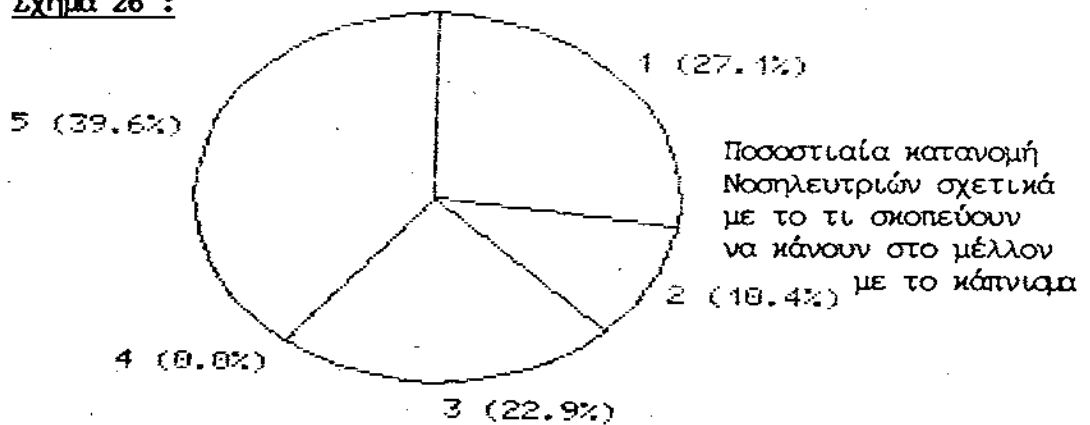
**Σχήμα 25 :**



Σε σχέση με το τι σκοπεύουν να κάνουν στο μέλλον με το κάπνισμα.

- (1) : Να το συνεχίσω
- (2) : Να το ελαττώσω
- (3) : Να το κόψω
- (4) Αδιαφορώ
- (5) Δεν ξέρω

**Σχήμα 26 :**



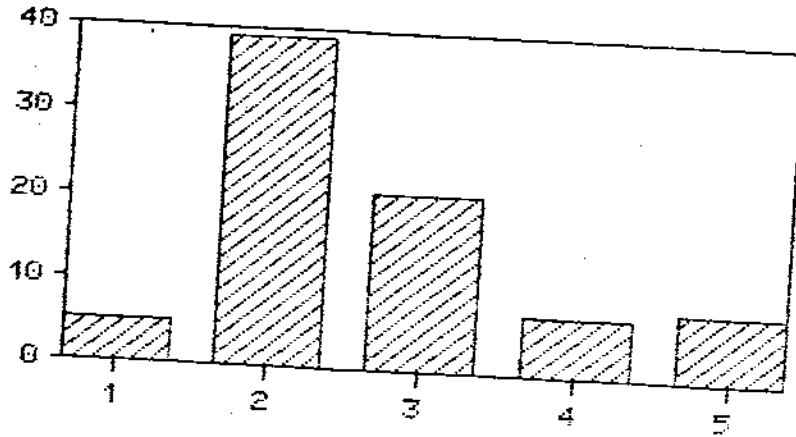
Πίνακας 54: Κατανομή 80 γυναικών που καπνίζουν σε σχέση με το τι σκοπεύουν να κάνουν για το κάπνισμα.

ΣΚΟΠΕΥΩ :	F	ΓΦ%
ΝΑ ΤΟ ΣΥΝΕΧΙΣΩ	5	(6.25)
ΝΑ ΤΟ ΕΛΑΤΤΩΣΩ	39	(48.75)
ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΩ	21	(26.25)
ΑΔΙΑΦΟΡΩ	7	(8.75)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	8	(10.0)
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	80	(100)

Στον Πίνακα 54 παρατηρούμε ότι το 48.75% των γυναικών σκοπεύει να ελαττώσει το κάπνισμα και το 26.25% να το κόψει. Έχουμε όμως και ποσοστό ένα 8.75% το οποίο αδιαφορεί τελείως ενώ το 10% δεν ξέρει τι θα κάνει στο μέλλον.



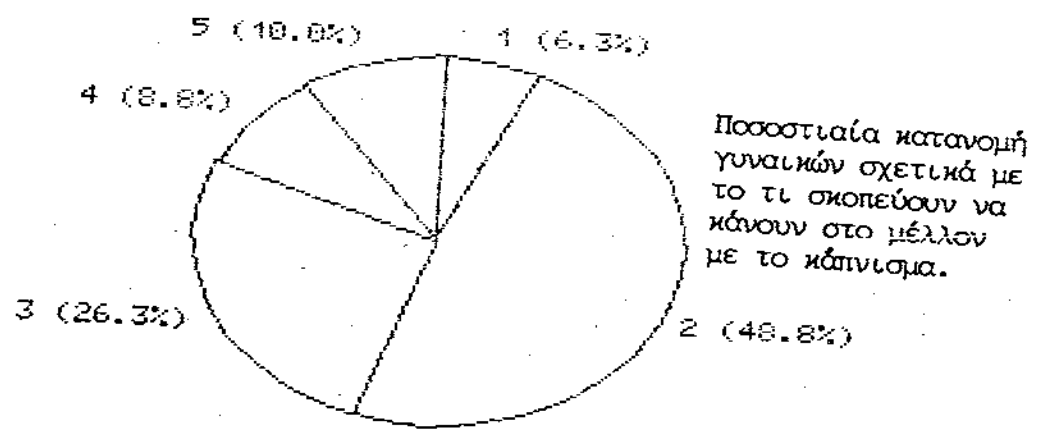
**Σχήμα 27 :**



Σε σχέση με το τι σκοπεύουν να κάνουν στο μέλλον με το κάπνισμα

- (1) Να το συνεχίσω
- (2) Να το ελαττώσω
- (3) Να το κόψω
- (4) Αδιαφορώ
- (5) Δεν ξέρω

**Σχήμα 28 :**



Ποσοστιαία κατανομή γυναικών σχετικά με το τι σκοπεύουν να κάνουν στο μέλλον με το κάπνισμα.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Πρὶν προχωρήσουμε στη συζήτηση των αποτελεσμάτων μας, θα πρέπει να τονίσουμε ότι είναι εξαιρετικά δύσκολη η σύγκριση των ευρημάτων μας με τα στοιχεία που έχουμε απο τη διεθνή βιβλιογραφία, γιατί αυτά δεν είναι επαρκή.

Κάποιες συγκρίσεις που μπορούμε να κάνουμε είναι απο δύο δείγματα Νοσηλευτικού Προσωπικού που έχουμε απο Νοσοκομεία της Αγγλίας και μία σύγκριση των γυναικών της Ιταλίας που καπνίζουν με το δείγμα των γυναικών της έρευνάς μας. Επίσης έχουμε κάποια στοιχεία απο έρευνες που έγιναν στην Αγγλία για τις έγκυες γυναίκες και τον καρκίνο του πνεύμονα σε σχέση με το κάπνισμα, στοιχεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας απο τη Σουηδία και τη Γερμανία και μία συγκριτική μελέτη καπνίσματος σε δείγματα πληθυσμού στη Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία και Ελβετία.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι το κάπνισμα είναι αρκετά διαδεδομένο στις γυναίκες, αφού συνολικά οι μεν Νοσηλεύτριες καπνίζουν περιστασιακά ή καθημερινά σε ποσοστό 44.44%, οι δε μή Νοσηλεύτριες σε ποσοστό 55,5%. Οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις στη χρήση του καπνού παρατηρούνται στις ομάδες των Νοσηλευτριών με ημερήσια κατανάλωση 1 πακέτο, όπου οι Νοσηλεύτριες υπερτερούν κατά πολύ των άλλων γυναικών.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι δεν συμφωνούν με τα ευρήματα των ερευνών στις Ευρωπαϊκές χώρες Αγγλία και Ιταλία. Παρατηρούμε ότι οι Νοσηλεύτριες της Αγγλίας καπνίζουν σε ποσοστό 22% (μαθητευόμενες) και 27% για το κανονικό προσωπικό, ποσοστό χαμηλό σε σχέση με τις Νοσηλεύτριες της έρευνάς μας που καπνίζουν σε ποσοστό 44.44%. Επίσης οι γυναίκες

της Ιταλίας καπνίζουν σε ποσοστό 28.6%, ενώ έχουμε και μία ομάδα εγκύων σε μία μαιευτική κλινική της Αγγλίας όπου καπνίζει το 29% των μητέρων πριν την εγκυμοσύνη, ενώ το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 23% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η διαφορά που σημειώθηκε στη συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών της Ιταλίας και της Αγγλίας είναι αρκετά μεγάλη συγκριτικά με τις γυναίκες της έρευνάς μας.

Αναμφισβήτητα σ' αυτή τη διαφορά έχει συμβάλει η καθυστέρηση της απελευθέρωσης της γυναίκας στην Ελλάδα, η οποία είχε σαν αποτέλεσμα την ψευδαίσθηση ότι οι γυναίκες κατέστησαν ένα ακόμα αποκλειστικό προνόμιο των ανδρών και η διαφήμιση με τις άμετρες υποσχέσεις της.

Επίσης η διαφορά στη συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των Νοσηλευτριών και των υπολοίπων γυναικών η οποία κυμαίνεται γύρω στο 10%, πρέπει να αποδοθεί στο επάγγελμα των Νοσηλευτριών που τους δίνει την δυνατότητα για περισσότερη ενημέρωση σχετικά με το κάπνισμα.

Στους Πίνακες 6 και 7 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των Νοσηλευτριών (75%) και των υπολοίπων γυναικών (51.25%) καπνίζει συστηματικά τώρα. Η αύξηση της συχνότητας του συστηματικού καπνίσματος από τις ερωτηθέντες γυναίκες, δείχνει την αδυναμία του χαρακτήρα τους, την ιδιότητα της νικητίνης που προκαλεί εξάρτηση μετά από μία περίοδο πειραματισμών του περιστασιακού καπνίσματος και το γεγονός ότι δεν τους έχει βλάψει προσωπικά.

Οι νέες γυναίκες που καπνίζουν στην Ελλάδα δεν μπορούν να αποχωριστούν εύκολα το πακέτο με τα τσιγάρα τους γιατί θεωρούν απαραίτητη καθημερινή "συντροφιά".

Το 77.09% των Νοσηλευτριών που καπνίζουν και το 42.5% των υπολοίπων γυναικών αρχίζει να καπνίζει σε ηλικία 18-20 χρονών, το 12,5% των Νοσηλευτριών και το 36.25% των υπολοίπων γυναικών σε ηλικία 15-17 χρονών, ενώ ένα 10% των Νοσηλευτριών και ένα 17.5% των υπολοίπων γυναικών σε ηλικία απο 12-14 χρονών. Αντίθετα, μετά τα 21 χρόνια ένα 10.41% των Νοσηλευτριών και μόνο ένα 3,75% των υπολοίπων γυναικών "δένεται" με το τσιγάρο.

Η μεγάλη αύξηση του καπνίσματος των γυναικών, ποσοστό 36.25% στην ηλικία των 15-17 χρονών σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες (12.5%) δείχνει ότι ο γονικός έλεγχος είναι μεγαλύτερος σ' αυτές σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Στην ηλικία όμως των 18-20 χρονών βλέπουμε ότι οι Νοσηλεύτριες αρχίζουν να καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (77.09%) και εδώ φαίνεται καθαρά ότι αρχίζει η ανεξαρτησία τους και η μή επίβλεψή τους απο τους γονείς.

Στον Πίνακα 10 βλέπουμε πως το κάπνισμα απο τον πατέρα βρέθηκε να επηρεάζει την πιθανότητα να καπνίζουν οι ερωτώμενες στο μεγαλύτερο ποσοστό χωρίς όμως να υστερούν οι επιρροές απο τα αδέρφια τους σε μεγάλο ποσοστό.

Ένας πολύς μεγάλος αριθμός ερευνών απο διάφορα μέρη του κόσμου διαπιστώνει ότι η πιθανότητα να καπνίζουν άτομα μέσα στην οικογένεια αυξάνει όταν ο ένας, αλλά κυρίως όταν και οι δύο γονείς καπνίζουν.

Ακόμη τα ευρήματα αυτά των ερευνών διαπιστώνουν ισχυρότερη σχέση μεταξύ του καπνίσματος της μητέρας και της κόρης. Ακόμα συμφωνούν με τη διαπίστωση του PALMER (1970) ότι τα κορίτσια επηρεάζονται περισσότερο απο το κάπνισμα των γονιών τους.

Το κάπνισμα απο τους γονείς βρέθηκε ότι συμβάλλει ουσιαστικά στη συνειδητοποίηση του καπνίσματος, την απόκτηση της ικανότητας των χειρισμών, τη μίμηση και τη δημιουργία προτύπων ειδικά κατά την ευαίσθητη περίοδο του πρώτου χρόνου της ζωής του παιδιού.

Το κάπνισμα απο τα αδέρφια βρέθηκε να σχετίζεται ισχυρά όσο και των γονιών. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και το σύνολο των ερευνών που εξετάζουν την πιθανότητα να καπνίζουν οι νέες όταν τα αδέρφια τους καπνίζουν. Ακόμη διαπίστωσαν ότι η πιθανότητα αυτή αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των αδελφών που καπνίζουν. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η επίδραση απο τα αδέρφια είναι μεγαλύτερη όταν ενθαρρύνουν ενεργώς το κάπνισμα των άλλων αδελφιών τους με την προσφορά τσιγάρων, παρά όταν απλώς δίνουν ένα παράδειγμα προς μίμηση.

Στο Νοσηλευτικό Προσωπικό ο λόγος που κυρίως τους ώθησε για πρώτη φορά να καπνίσουν. (Πίνακας 11) είναι η απλή περιέργεια, ενώ παραδέχεται μόνο ένα 10,4% πως κάπνισε απο προτροπή κάποιου φίλου και ένα μικρό ποσοστό απάντησε για διάφορους άλλους λόγους με κυρίαρχο στοιχείο τα "ψυχολογικά και προσωπικά προβλήματα". Συγκριτικό με αυτά τα στοιχεία και οι υπόλοιπες γυναίκες της έρευνάς μας ξεκίνησαν το κάπνισμα για τους ίδιους λόγους και με την ίδια σειρά, ενώ καμμία δεν απάντησε ότι ένοιωθε μειονεκτικά έναντι των φίλων της που κάπνιζαν.

Τι νιώθουν όμως οι Νοσηλεύτριες όταν καπνίζουν ένα τσιγάρο; (Πίνακας 13). Απο την επεξεργασία των στοιχείων μας φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παραδέχεται ότι καπνίζει απο συνήθεια και όχι απο εξάρτηση της νικοτίνης, ενώ καμμία δεν απάντησε λόγω οικογενειακών προβλημάτων.

Ακόμα βλέπουμε ότι δεν υπάρχει διαφορά με τα αποτελέσματα των υπολοίπων γυναικών (Πίνακας 14) μόνο ότι παραδέχονται πως το κάπνισμα μειώνει αισθητά το άγχος που νιώθουν. Επίσης ένα 13,73% παραδέχεται ότι καπνίζουν λόγω οικογενειακών προβλημάτων. Σε σύγκριση με στοιχεία από την Αγγλία σε νοσηλευτικό προσωπικό βλέπουμε πως και εκεί ο λόγος που κυρίως τις ώθησε για να καπνίσουν ήταν η καταπολέμηση του άγχους, του στρές, της δουλειάς και των οικογενειακών προβλημάτων.

Το πρόσχημα της "εκτόνωσης" (Πίνακας 17) προβάλλουν οι Νοσηλεύτριες σε ποσοστό 18,75% όταν καπνίζουν, της ηρεμίας το 54,16% ενώ το 22,92% νιώθουν ευχαρίστηση και χαλάρωση. Οι υπόλοιπες γυναίκες νιώθουν σε αμηχανία-εκνευρισμό, σε ποσοστό αρκετά μεγάλο (42,5%) σε αντίθεση με τις Νοσηλεύτριες που δεν φαίνεται να νιώθουν καθόλου έτσι.

Οι γυναίκες που καπνίζουν συνοδεύουν κυρίως το κάπνισμα τους με καφέ (Πίνακας 19 και 20), ειδικότερα το 70,83% των Νοσηλευτριών και το 57,5% των υπολοίπων γυναικών. Επίσης οι Νοσηλεύτριες σε ποσοστό 16,67% και οι υπόλοιπες γυναίκες σε ποσοστό 38,75% συνοδεύουν το κάπνισμά τους με αναψυκτικά, ενώ το κάπνισμα με οινοπνευματώδη ποτά είναι για μόν τις Νοσηλεύτριες 29.17% και για δε τις υπόλοιπες γυναίκες 11.25%.

Τα ευρήματά μας αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα και άλλων ερευνών που καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι καπνίστριες στρέφονταν περισσότερο σε εξωστρεφείς δραστηριότητες. Στις δραστηριότητές τους δηλαδή και στην ψυχαγωγία τους προτιμούν κυρίως τις καφετέριες, το χορό και τον κινηματογράφο. Ακόμη ότι χρησιμοποιούν σε μικρότερη ηλικία και σε μεγαλύτερη συχνότητα οινοπνευματώδη ποτά.

Η παραπέρα μελέτη επιβεβαίωσε τις προηγούμενες διαπιστώσεις μας αφού βρέθηκε ότι το 27,08% απο τις Νοσηλεύτριες και το 28,75% απο τις υπόλοιπες γυναίκες καπνίζει μόνο σε κοινωνικές εκδηλώσεις (Πίνακας 21 και 22). Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό καπνίζει στο σπίτι ενώ έχουμε και ένα σημαντικό ποσοστό που καπνίζει και στο χώρο της δουλειάς (Πίνακες 22-22).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστριών, καπνίζουν κρυφά απο τους γονείς τους και ιδιαίτερα οι Νοσηλεύτριες (72,52%). Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη "συντηρητική" δομή της ελληνικής κοινωνίας και τις αντιλήψεις της οικογένειας για το ρόλο των γυναικών.

Τα ευρήματά μας όμως δείχνουν ότι οι Νοσηλεύτριες καπνίζουν μπροστά στο σύζυγό τους, ενώ στις υπόλοιπες γυναίκες δεν καπνίζει το 11,25%. Και αυτό γιατί το κάπνισμα απο τις γυναίκες στηρίχθηκε στην ιδέα της απελευθέρωσης απο ένα ταμπού, ξεκίνησε σαν μιά ανομολόγητη ικανοποίηση γιατί κατέστησαν ένα ακόμη ανδρικό προνόμιο, ταυτίστηκε με την ανεξαρτησία τους (Πίνακας 23 και 24).

Κατά πόσο όμως η τεράστια διαφημιστική εκστρατεία των καπνοβιομηχανιών αγγίζει και επηρεάζει τη νέα Ελληνίδα με τα μηνύματα που εκπέμπει (Πίνακας 25 και 26).

Απο την ίδια τη γεύση της μάρκας των τσιγάρων που καπνίζουν φαίνεται ότι έχει επηρεαστεί το 62,5% των Νοσηλευτριών και το 57,5% των άλλων γυναικών. Η επίδραση απο φιλικά και συγγενικά πρόσωπα για τη συγκεκριμένη μάρκα έρχεται τρίτη στις Νοσηλεύτριες (22,92%) και δεύτερη στις υπόλοιπες γυναίκες (22,5%).

Οι γυναίκες αυτές δέχονται τα "κεράσματα" απο φίλους ή φίλες

και συνηθίζουν να αγοράζουν τη μάρκα της προτίμησής των.....  
... φίλων τους. Η περιεκτικότητα της πίσσας και νικοτίνης δεν επηρεάζει καθόλου τις Νοσηλεύτριες ενώ τις υπόλοιπες γυναίκες τις επηρεάζει σε ποσοστό 13,75%. Τη δεύτερη θέση στις Νοσηλεύτριες καταλαμβάνει η τιμή του πακέτου (39,58%), σε αντίθεση με τις άλλες γυναίκες που δεν επηρεάζονται καθόλου απ' αυτή.

Και τι γίνεται όταν το περίπτερο της γειτονιάς δεν έχει τη μάρκα των τσιγάρων που καπνίζει η Ελληνίδα; (Πίνακας 27-28).

Το 58,33% των Νοσηλευτριών και το 71,25% των υπολοίπων γυναικών θα αναζητήσει τη μάρκα που καπνίζει σε άλλο περίπτερο, όσο μακριά και αν είναι.

Το 12,5% των Νοσηλευτριών και το 11,25% των υπολοίπων γυναικών θα "βολευτεί" με μιá άλλη παραπλήσια μάρκα, ενώ το 29,17% των Νοσηλευτριών και το 17,5% των άλλων γυναικών δεν θα αγοράσει τσιγάρα.

Οι γυναίκες που καπνίζουν γνωρίζουν ότι η βλάβη που προκαλούν τα τσιγάρα με φίλτρο (ιδίως στους πνεύμονες) είναι μικρότερη σε σχέση με τα άφιλτρα αφού οι μέν Νοσηλεύτριες καπνίζουν τσιγάρα με φίλτρο σε ποσοστό 76% περίπου, οι δε υπόλοιπες γυναίκες σε ποσοστό 85%.

Οι γυναίκες υποστηρίζουν ότι όλα τα είδη των τσιγάρων (με φίλτρο, άφιλτρα, βαριά, LIGHTS κ.λ.π.) δεν κρύβουν τους ίδιους ακριβώς κινδύνους για τους καπνιστές.

Γνωρίζουν ότι περιέχονται διαφορετικές ποσότητες νικοτίνης, πίσσας, μονοξειδίου του άνθρακα και άλλων χιλιάδων επιβλαβών ουσιών σε ένα "ελαφρύ" ή σε ένα "βαρύ" τσιγάρο και ότι οι επιβλαβείς συνέπειες αυξάνονται όσο μεγαλύτερο είναι το μήκος του τσιγάρου.



Ακόμη τα ευρήματα μας δείχνουν ότι οι γυναίκες γνωρίζουν πολύ καλά τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών πιστεύει στην βλάβη της υγείας από 1-5 τσιγάρα και ένα άλλο εξίσου σημαντικό ποσοστό πιστεύει ότι τα 5-20 τσιγάρα ημερησίως είναι αρκετά για να βλάψουν την υγεία μας.

Αντίθετα ένα άλλο ποσοστό γυναικών πιστεύει ότι η βλάβη της υγείας προκαλείται όταν καπνίζει κάποιος πάνω από 40 τσιγάρα ημερησίως, ενώ οι Νοσηλεύτριες το δέχονται αυτό μόνο σε μικρό ποσοστό.

Η γνώση των γυναικών για την αιτιολογική σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του καρκίνου είναι αρκετά υψηλή 81.48% (Πίν. 34 και 35) των Νοσηλευτριών και το 75% των υπολοίπων γυναικών. Οι γυναίκες συνδέουν το κάπνισμα με τις καρδιοπάθειες και τα αναπνευστικά προβλήματα σε υψηλό ποσοστό, ενώ και ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό πιστεύει στην αιτιολογική σχέση του καπνίσματος με την αλλεργία και την φυματίωση ακόμα οι Νοσηλεύτριες πιστεύουν σε ποσοστό 77% και οι υπόλοιπες γυναίκες σε ποσοστό 66,67% ότι οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στην καρδιά και τους πνεύμονες είναι ανεξάρτητες από το φύλο του καπνιστή.

Η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών που απάντησαν στις ερωτήσεις έχει την άποψη ότι το κάπνισμα "ούτε προσθέτει ούτε αφαιρεί στοιχεία από την προσωπικότητα της γυναίκας". (Πίνακες 39 και 40).

Αντίθετα ένα 28,7% των Νοσηλευτριών και ένα 22,92% των υπολοίπων γυναικών απάντησε ότι η προσωπικότητα της γυναίκας

χάνει στοιχεία, όταν καπνίζει τσιγάρα ενώ ένα 6.48% δήλωσαν ότι προσθέτει - ολοκληρώνει την προσωπικότητα της γυναίκας τα τσιγάρα. Αδιάφορη στάση κράτησε το 20,23% των γυναικών. Είναι αξιοσημείωτο πάντως το γεγονός ότι οι περισσότερες ερωτώμενες ένιωσαν να προσβάλλονται από την ερώτηση, γιατί θεωρούσαν ότι το κάπνισμα είναι μία ενέργεια άσχετη που δεν επηρεάζει θετικά ή αρνητικά το χαρακτήρα τους.

Το πιο "περίεργο" βέβαια είναι ότι 3 στις 10 γυναίκες δήλωσαν ότι το κάπνισμα μειώνει εμφανισιακά τη γυναίκα και ότι αν και οι ίδιες είναι καπνίστριες, αισθάνονται άσχημα στη θέα και μόνο μίας γυναίκας που καπνίζει. Δεν αποφασίζουν όμως, να το κόψουν.....

Εκείνες που απάντησαν ότι το κάπνισμα προσθέτει στοιχεία στην εικόνα της γυναίκας, το αιτιολόγησαν υποστηρίζοντας ότι "φαίνεται πιο προοδευτική" σχετικά με τις συνέπειες του καπνίσματος στην γυναίκα, παρατηρούμε ουσιαστικές διαφορές μεταξύ Νοσηλεύτριών και υπολοίπων γυναικών.

Οι Νοσηλεύτριες πιστεύουν σε ποσοστό 68,52% ότι οι δερματικές αλλοιώσεις στο πρόσωπο οφείλονται στο κάπνισμα σε αντίθεση με ένα μικρότερο ποσοστό των υπολοίπων γυναικών 29,86% που πιστεύει τα ίδια.

Επίσης οι Νοσηλεύτριες πιστεύουν ότι το κάπνισμα προκαλεί αδυνάτισμα στις γυναίκες σε ποσοστό 38,52% ενώ οι υπόλοιπες γυναίκες το πιστεύουν σε μικρότερο ποσοστό (19,44%).

Οι απόψεις τους όμως είναι ίδιες όσον αφορά τη σχέση του καπνίσματος με τα αναπνευστικά προβλήματα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης παραδέχεται το μεγαλύτερο

ποσοστό των γυναικών ότι το κάπνισμα έχει βλαβερές συνέπειες στο έμβρυο, όπως τα αναπνευστικά προβλήματα. Το 71,29% των Νοσηλευτριών και το 65,95% των υπολοίπων γυναικών πιστεύει ότι το κάπνισμα συντελεί στη γέννηση ελλιποβαρών παιδιών. Ένα 42,36% των Νοσηλευτριών και ένα 35,18% των άλλων γυναικών ισχυρίζεται ότι το κάπνισμα είναι λόγος αποβολής ή πρόωρου τοκετού. Ορισμένες γυναίκες δέχονται (14,58% και 25%) ότι η γυναίκα που καπνίζει στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει και σε πρόωρο θάνατο του εμβρύου.

Πάντως ο σπουδαιότερος λόγος που θα έκανε τις γυναίκες να κόψουν το κάπνισμα είναι η υγεία τους (61,81%), έπειτα η εγκυμοσύνη (32,64%), ενώ ένα μικρό ποσοστό (14,58%) θα το έκοβε αναγκαστικά για οικονομικούς λόγους.

Αντίθετα οι Νοσηλεύτριες θεωρούν πρωτεύον λόγω διακοπής του καπνίσματος την εγκυμοσύνη και έπειτα ακολουθούν η υγεία (57,41%), ο σεβασμός προς τους άλλους (18,75%) και οι οικονομικοί λόγοι (10,41%).

Ακόμη οι Νοσηλεύτριες σε μεγάλο ποσοστό υπολογίζουν τον "διπλανό τους" προκειμένου να ανάψουν ή όχι ένα τσιγάρο όταν αυτός δεν είναι καπνιστής. Ενώ το 17,5% των γυναικών δηλώνει αδιάφορο μπροστά σ' αυτόν τον λόγο (Πίν. 47 και 48).

Από τις καπνίστριες προσπάθησε το 45,83% των Νοσηλευτριών και το 40% των υπολοίπων γυναικών να το κόψει και διαπίστωσαν πως αδυνατούν να το πραγματοποιήσουν για λόγους εξάρτησης από το τσιγάρο.

Τέλος, οι γυναίκες καπνίστριες τονίζουν σε ποσοστό 48,75% και σε ποσοστό 10,42% οι Νοσηλεύτριες ότι θα το ελλατώσουν.

Οι περισσότερες από τις γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα νιώθουν έναν "εσωτερικό έλεγχο", μία φωνή μέσα τους που τους ζητά να σταματήσουν το τσιγάρο, όμως δεν είναι και πολύ μεγάλο το ποσοστό που δηλώνει ότι θα κόψει το κάπνισμα. Ενώ αρκετά σημαντικό είναι και το ποσοστό εκείνο που δηλώνει αναποφάσιστο μπροστά στο μέλλον και στην ιδέα διακοπής του καπνίσματος.

## ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αυξημένη συχνότητα του καπνίσματος που διαπιστώσαμε στις γυναίκες των Πατρών καθιστά επιτακτική την ανάγκη για την εφαρμογή ισχυρών προληπτικών μέτρων στις νεώτερες ηλικίες.

Οι έρευνες που ασχολήθηκαν με το πρόβλημα του καπνίσματος παρουσιάζουν διάσταση απόψεων για τις ομάδες στόχους. Μερικές θεωρούν ότι πρέπει να είναι η οικογένεια, άλλες η ομάδα των συνομηλίκων και άλλες ότι πρέπει να είναι οι ίδιες οι γυναίκες.

Οι γονείς και κυρίως οι μητέρες θα πρέπει να ενθαρρύνουν ώστε να σταματήσουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να αποτρέψουν τα παιδιά τους απ' αυτό. Οι γονείς που καπνίζουν έχουν να αντιμετωπίσουν πολύ διαφορετικά προβλήματα σε σύγκριση με τους μή καπνιστές σε ότι αφορά στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους κατά του καπνίσματος. Και ενώ τόσο οι καπνιστές όσο και οι μή καπνιστές είναι πρόθυμοι να μιλήσουν απο πολύ νωρίς στα παιδιά τους για τους κινδύνους απο το κάπνισμα, μόνο λίγοι είναι πρόθυμοι και ικανοί να υποστηρίξουν τα επιχειρήματά τους με το δικό τους παράδειγμα. Οι μητέρες που καπνίζουν δε φαίνεται να κατανοούν τους μηχανισμούς της πρωταρχικής κοινωνικοποίησης των παιδιών τους, όπως είναι η δημιουργία προτύπων, ή μίμηση, η ταυτοποίηση κ.α. και έτσι παραβλέπουν τον αποφασιστικό ρόλο τους σε αυτή τη διαδικασία. Φαίνεται να νομίζουν ότι είναι το ίδιο να βλέπει το παιδί τη μητέρα τους να καπνίζει με το να βλέπει κάποιον άλλο να καπνίζει στο δρόμο. Φυσικά και στις δύο περιπτώσεις το παιδί θα γίνει γνώστης του καπνίσματος. Όμως στην πρώτη περίπτωση το κάπνισμα αποτελεί

μέρος της αντικειμενικής του πραγματικότητας που θα την εσωτερικεύει σε δική του υποκειμενική πραγματικότητα, ενώ στη δεύτερη περίπτωση μπορεί να παραμείνει μόνο σε μέρος της αντικειμενικής πραγματικότητας. Η δημιουργία ενός οικογενειακού κλίματος έντονα αποτρεπτικού ή απαγορευτικού για το κάπνισμα που θα περιλαμβάνει την αποφυγή του καπνίσματος μπροστά στα παιδιά από τους γονείς, τους άλλους συγγενείς και τους φίλους της οικογένειας.

Ο αντικαπνιστικός αγώνας πρέπει να στηρίζεται στην βαθιά κατανόηση της σημασίας που έχει το κάπνισμα στις γυναίκες. Τα πιο επιτυχημένα από τα αντικαπνιστικά προγράμματα έχουν επικεντρωθεί κυρίως:

- (α) Στις άμεσες επιδράσεις του καπνίσματος στον οργανισμό με τη χρήση σύγχρονων οπτικοακουστικών μέσων και ειδικών μοντέλων.
- (β) Στην ενσωμάτωση των αντικαπνιστικών μηνυμάτων σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα αγωγής υγείας.
- (γ) Στη διδασκαλία για την απόκτηση των βασικών ικανοτήτων για την αντίσταση στο κάπνισμα στις κοινωνικές καταστάσεις που συνοδεύονται από κάπνισμα, όπως η κοινωνική επίδραση από φίλους, συναδέλφους κ.λ.π.

Η αξιολόγηση μερικών από τα προγράμματα αυτά έδειξε κάποια ενθαρυντικά αποτελέσματα.

Στην περιοχή της Νέας Υόρκης η αξιολόγηση ενός αντικαπνιστικού προγράμματος σε γυναίκες ηλικίας 20-25 χρονών είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση των νέων καπνιστριών κατά 55% στη διετία της εφαρμογής του. Ενώ στο Όσλο η εφαρμογή ενός παρόμοιου

διετούς προγράμματος έδειξε ότι το ποσοστό μείωσης των νέων καπνιστριών δεν ξεπέρασε το 16,5%.

Στη Γαλλία η εφαρμογή μιάς αντικαπνιστικής εκστρατείας με ιδιαίτερη έμφαση στις νέες είχε σαν αποτέλεσμα μείωση του συνόλου των νέων καπνιστριών και μείωση της κατανάλωσης καπνού κατά 15%. Αντίθετα στην Αυστραλία έδειξε κάποια θετικά αποτελέσματα, που δεν ήταν όμως στατιστικά σημαντικά.

Νομοθετικά μέτρα απο την πλευρά του κράτους ενδεχόμενα να συμβάλλουν στον περιορισμό των πειραματισμών με τα τσιγάρα. Σαν τέτοια αναφέρουμε και προτείνουμε:

- (1) Την υψηλή φορολογία των τσιγάρων και των άλλων προϊόντων του καπνού. Έχει παρατηρηθεί ότι η αύξηση της τιμής των τσιγάρων οδηγεί σε περιορισμό της κατανάλωσης απο τις Ελληνίδες καπνίστριες.
- (2) Την απαγόρευση της πώλησης και της κατοχής τσιγάρων και των άλλων προϊόντων του καπνού σε άτομα ηλικίας κάτω των 16 ετών.
- (3) Την πλήρη απαγόρευση τόσο της άμεσης όσο και της έμμεσης διαφήμισης των τσιγάρων με γιγαντοαφίσες στους δρόμους και στα γήπεδα, με φωτογραφικές διαφημίσεις σε εφημερίδες, περιοδικά, αγωνιστικά αυτοκίνητα κ.α. με παράλληλη έντονη αντιδιαφήμιση απο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τον ημερήσιο και τον περιοδικό τύπο.
- (4) Την απαγόρευση της παρουσίασης ατόμων κύρους και δημοφιλών ηθοποιών στην τηλεόραση σαν καπνιστών και του καπνίσματος σαν ενός σημαντικού μέρους ενός πρωϊνού κατορθώματος της απελευθερωμένης γυναίκας.

- (5) Την ενεργοποίηση των σχετικών διατάξεων για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους και κοινόχρηστους χώρους και την παράλληλη επέκταση του μέτρου σε άλλους χώρους, όπως τα εστιατόρια, τα καταστήματα τροφίμων, τους χώρους μακράς αναμονής και την απαγόρευση της πώλησης τσιγάρων στα νοσοκομεία. Πρέπει να γίνει αντιληπτό το ότι αν θα καπνίσει κάποιος είναι θέμα προσωπικό. Όμως το πως θα καπνίσει είναι θέμα κοινωνικό.
- (6) Την ενεργοποίηση και την οικονομική ενίσχυση των αντικαπνιστικών ομάδων και συλλόγων σε συνεργασία με τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους με την παράλληλη προβολή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης των δικαιωμάτων των μη καπνιστών, όπως αυτά καθορίζονται από την Αμερικανική Εταιρεία κατά του καρκίνου, και με τη νομοθετική κατοχύρωσή τους.

Παράλληλα θα πρέπει να τονίσουμε ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί περισσότερο και ειδικότερα στο θέμα του καπνίσματος στο γυναικείο φύλο, διότι έχει πάρει εκτάσεις τρομερές στην χώρα μας.

Εμείς φιλοδοξούμε μέσα από την μικρή ερευνητική προσπάθεια που κάνουμε να καλέσουμε όλο το Νοσηλευτικό προσωπικό σε μία αντικαπνιστική καμπάνια και με σωστή ενημέρωση να βοηθήσουμε τις γυναίκες να κατανοήσουν ότι γυναικεία απελευθέρωση και ισότητα δεν σημαίνει και ούτε ισοδυναμεί με κάπνισμα τσιγάρου, αντίθετα μάλιστα διαστρεβλώνει την εικόνα της γυναίκας από πρότυπο καλαισθησίας, ομορφιάς, αγνότητας, μητρικής εικόνας, σε κακέκτυπο γυναίκας.



Φιλοδοξούμε να ενημερώσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα τις γυναίκες για τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου και να βρουν ανταπόκριση οι στόχοι μας, που με μιά φράση μπορούμε να συνοψίσουμε.

" ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΤΣΙΓΑΡΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΖΩΗ "

Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο

Θ Ε Μ Α : " Η ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ "

ΟΔΗΓΙΕΣ : Απαντήστε στις ερωτήσεις με ένα Χ όπου έχει ΝΑΙ και ΟΧΙ.

ΗΛΙΚΙΑ :

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ :

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :

(1) Οι γραμματικές σας γνώσεις είναι :

α) Αγράμματα

β) Δημοτικό

γ) Γυμνάσιο

δ) Λύκειο

ε) ΤΕΙ

στ) ΑΕΙ

(2) Καπνίζετε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

(3) Εάν ναι πόσες φορές;

α) Μία φορά

β) Μία ή δύο φορές

γ) Μερικές φορές (αλλά όχι συστηματικά)

δ) Συστηματικά στο παρελθόν

ε) Συστηματικά τώρα

(4) Απο ποιά ηλικία αρχίσατε να καπνίζετε;

α) 12 - 14 χρονών

β) 15 - 17 "

- γ) 18 - 20 χρονών  
δ) Μετά τα 21 χρόνια.
- (5) Ποιός απο το περιβάλλον σας κάπνιζε;
- α) Η μητέρα  
β) Η μητέρα  
γ) Τα αδέρφια  
δ) Ο παππούς  
ε) Η γιαγιά  
στ) Ο σύζυγος  
ζ) Η κόρη, ο γιός
- (6) Ποιός ήταν ο λόγος που σας ώθησε να καπνίσετε για πρώτη φορά;
- α) Καθαρά απλή περιέργεια  
β) Προτροπή κάποιου φίλου ή γνωστού  
γ) Επειδή ένοιωθα μειονετικά έναντι των φίλων μου που κάπνιζαν  
δ) Κάποιος άλλος λόγος
- (7) Τώρα ποιό λόγο έχετε και συνεχίζετε να καπνίζετε;
- α) Συνήθεια (αυτοματισμός)  
β) Εξάρτηση  
γ) Μειώνει το άγχος  
δ) Είναι ευχαρίστηση και χαλάρωση  
ε) Οικογενειακά προβλήματα  
στ) Δίαιτα

- (8) Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
- α) Κάτω απο 5 τσιγάρα
  - β) Μέχρι 10 τσιγάρα
  - γ) 11 - 20
  - δ) 1 πακέτο
  - ε) άνω του 1 πακέτου
- στ) Περισσότερο απο 2 πακέτα
- (9) Όταν καπνίζετε ένα τσιγάρο τι νιώθετε;
- α) Ηρεμία
  - β) Φυγή
  - γ) Ευχαρίστηση
  - δ) Ξεκούραση
  - ε) Χαλάρωση
- στ) Εκτόνωση
- ζ) Αμηχανία-Εκνευρισμό
- (10) Καπνίζετε συνήθως με :
- α) Καφέ
  - β) Οινοπνευματώδη ποτά
  - γ) Αναψυκτικά
  - δ) Και χωρίς τα ανωτέρω
- (11) Συνηθίζετε να καπνίζετε :
- α) Στο δρόμο
  - β) Στο σπίτι
  - γ) Στο λεωφορείο
  - δ) Στο χώρο της δουλειάς
  - ε) Μόνο σε κοινωνικές εκδηλώσεις

- στ) Σε απαγορευμένους χώρους  
ζ) Παντού
- (12) Καπνίζετε;
- α) Κρυφά απο τους γονείς σας  
β) Κρυφά απο το σύζυγό σας  
γ) Μπροστά στα παιδιά σας
- (13) Απο τι επηρεαστήκατε ώστε να διαλέξετε τη συγκεκριμένη  
μάρκα τσιγάρων που καπνίζετε;
- α) Απο τη γεύση  
β) Απο φιλικό πρόσωπο  
γ) Απο την τιμή  
δ) Απο διαφημίσεις  
ε) Απο τη συσκευασία του πακέτου  
στ) Απο την περιεκτικότητα της πίσσας και της νικοτίνης
- (14) Αν το περίπτερο που επισκέπτεσθε για να αγοράσετε τη  
συγκεκριμένη σας μάρκα δεν την έχει, τι θα κάνετε;
- α) Θα πάρω άλλη  
β) Θα πάω σε άλλο περίπτερο  
γ) Δεν θα πάρω τίποτα
- (15) Καπνίζετε τσιγάρα:
- α) Με φίλτρο  
β) Χωρίς φίλτρο  
γ) Σκληρά  
δ) Μαλακά  
ε) Μαλακά με φίλτρο  
στ) Σκληρά με φίλτρο

- (16) Η βλάβη απο το κάπνισμα προκαλείται απο :
- α) 1 - 5 τσιγάρα
  - β) 5 - 20 τσιγάρα
  - γ) 20 - 40 τσιγάρα
  - δ) Πάνω απο 40 τσιγάρα
- (17) Η βλάβη που προκαλείται απο τα τσιγάρα με φίλτρο είναι:
- α) Η ίδια βλάβη
  - β) Μικρότερη
  - γ) Μεγαλύτερη
  - δ) Καμιά
  - ε) Δεν ξέρω
- (18) Το τσιγάρο προκαλεί :
- α) Αναπνευστικά προβλήματα
  - β) Καρδιοπάθειες
  - γ) Καρκίνο
  - δ) Αλλεργία
  - ε) Φυματίωση
- (19) Οι βλάβες του πνεύμονα και της καρδιάς αφορούν:
- α) Κυρίως άνδρες
  - β) Κυρίως γυναίκες
  - γ) Ανεξάρτητα απο το φύλο
  - δ) Δεν ξέρω
- (20) Πιστεύετε ότι το κάπνισμα προσθέτει ή αφαιρεί στην προσωπικότητα μιάς γυναίκας;
- α) Προσθέτει
  - β) Αφαιρεί
  - γ) Τίποτα απο τα δύο
  - δ) Δεν ξέρω

- (21) Τι προκαλεί το κάπνισμα στη γυναίκα;
- α) Αδυνάτισμα
  - β) Δερματικές αλλοιώσεις στο πρόσωπο
  - γ) Παχυσαρκία
  - δ) Κόπωση
  - ε) Στείρωση
  - στ) Αναπνευστικά προβλήματα
- (22) Ποιές νομίζετε ότι είναι οι συνέπειές του στην έγκυο γυναίκα;
- α) Αποβολή
  - β) Αναπνευστικά προβλήματα
  - γ) Ελλιποβαρές έμβρυο
  - δ) Καρδιολογικά προβλήματα
  - ε) Πρόωρος τοκετός
  - στ) Διανοητικά προβλήματα
  - ζ) Αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα
- (23) Ποιά νομίζετε ότι θα ήταν τα κίνητρα εκείνα, που να σας πείσουν να κόψετε το κάπνισμα;
- α) Υγεία
  - β) Οικονομικοί λόγοι
  - γ) Εγκυμοσύνη
  - δ) Σεβασμός προς τους άλλους (συνεργάτες)
  - ε) Κανένα απο όλα αυτά
- (24) Όταν καπνίζετε σκέφτεσθε τη διπλανή σας, που δεν καπνίζει;
- α) ΝΑΙ
  - β) ΟΧΙ
  - γ) Δεν με ενδιαφέρει

(25) Τι θα θέλατε να συστήσετε σε γυναίκες της ηλικίας σας σχετικά με το κάπνισμα;

- α) Να το συνεχίσουν
- β) Να το ελλατώσουν
- γ) Να το κόψουν
- δ) Τίποτα απο όλα αυτά
- ε) Δεν ξέρω

(26) Προσπάθησες ποτέ να κόψεις το κάπνισμα και διαπίστωσες πως δεν μπορείς;

α) ΝΑΙ

β) ΟΧΙ

(27) Τι σκοπεύετε να κάνετε;

- α) Να το συνεχίσω
- β) Να το ελλατιώσω
- γ) Να το κόψω
- δ) Αδιαφορώ
- ε) Δεν ξέρω



## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Αυτό το Βιβλίο περιλαμβάνει μία ερευνητική προσπάθεια πάνω στο θέμα "Η γυναίκα και το κάπνισμα", κυρίως σε γυναίκες ερωτώμενες στην περιοχή των Πατρών απο διάφορες περιοχές συνολικά σε 252 άτομα όλων σχεδόν των ηλικιών απο 18 μέχρι και 50 ετών.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας ήταν αρκετά αντιπροσωπευτικά μιάς πραγματικότητας σκληρής για το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν (άνω των 50%) συστηματικά πλέον και όχι περιοδικά ή περιστασιακά. Ακόμα βλέπουμε πως ενώ όλες σχεδόν είναι ενημερωμένες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνού, παρ' όλα αυτά συνεχίζουν ακατάπαυστα να καπνίζουν, δηλώνοντας αδυναμία να το κόψουν.

Απο τα στοιχεία που πήραμε φάνηκε καθαρά ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη ή όχι του καπνίσματος εφ' όσον κάποιος συγγενής καπνίζει ή όχι.

Ακόμη το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών αδυνατεί να δηλώσει ότι θα το κόψει στο μέλλον, αλλά προτιμάει να το ελαττώσει, ενώ χαρακτηριστικό είναι ένα μεγάλο ποσοστό αναποφάσιστων.

Συνοπτικά έγινε αντιληπτό ότι το τσιγάρο έχει μπει για τα καλά στον τρόπο ζωής της Ελληνίδας γυναίκας στενά συνδεδεμένο με την έννοια της απελευθέρωσης, σε αντίθεση με τις γυναίκες του εξωτερικού που παρουσιάζουν μιά στασιμότητα στο θέμα του καπνίσματος χωρίς να τις έχει επηρεάσει ούτε θετικά ούτε αρνητικά αυτός ο θεσμός.

S U M M A R Y

This book includes a survey on the subject " women and smoking" based on women residents of Patras and suburbs aged between 18-50 and totalling number 252. The results of our search were representative enough of the reality that over 50% women smoke systematically and not occassionally, fully knowing the ill consequences on their health but declaring unable to give it up.

Our syrvey shows clearly that the family enviroment plays decisixe part on whether the woman or the girl will take up smoking or not based on the fact of whether a family member smokes or not.

Besides, an even greater percent is unable to state if they would give it up altogether in future but prefer to cut it down. The undecided ones are also a great percent.

Concluding our survey we find that smoking is well established in the Greek womans life and is closely connected with the idea of womens liberation where\_as women outside Greece do not think or are not influenced either positively or negatively that smoking is connected with womens liberation.-

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Β. : "Κάπνισμα. Το άλλο νέφος μέσα μας".

ΤΟΜΟΣ Α', Εκδόσεις "ΑΚΡΙΤΑΣ", ΑΘΗΝΑ 1988.

ADAMS L. AT ALL. : "RESPIRATORY IMPEIRMENT INDUCED BY  
SMOKING IN WOMEN". BR MED J, 288:891-5.

ENGLISH 1984.

ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α.: "Οι βλαβερές συνέπειες του ... καπνού

και οι Ελληνίδες". Περιοδικό MARIE CLAIRE.,

Τόμος 15, Τεύχος Φεβρουαρίου, Εκδόσεις Μητροπούλου

P., Αθήνα 1990, σελ. 88-91.

AHLGWIST AT ALL.: "SMOKING HAPITS AND TOOTH LOSS IN  
SWEDISH WOMEN". COMMUNITY DENTORAL EPIDEMIOLOG, 17(3)

144-7. ENGLISH 1989.

ARNAO G.: "Κοκαΐνη", Τόμος Α , Φυλλάδιον 1.

Αθήνα 1906.

BERRINO F. AT ALL.: "A COMPERATIVE STUDY OF SMOKING,

DRINKING AND DIETARY HAPITS IN POPULATION SAMPLES

IN FRANCE, ITALY, SPAIN AND SWITZERLAND II. TOBACCO

SMOKING".

RER EMIDEMIOLOG SANTE PUBLIQUE, 36(3) 166-67.

ENGLISH 1988.

BRIEAN H.: " Έτσι θα κόψετε το τσιγάρο",

Τόμος Α , Εκδόσεις "ΚΑΚΤΟΣ", Αθήνα 1980.

- EIKINO AK.: "THE EFFECT OF TRAINING ON KNOWLEDGE AND OPINION ABOUT SMOKING AMONGST NURSES AND STUDENT TEACHERS; JADY NURS, 13 (1) 57-69. ENGLISH 1988.
- FARLAND J, FOLKENBERG, ELMAN J: "Πως να κόψετε το κάπνισμα σε πέντε μέρες", Τόμος Α. Αθήνα 1985.
- GASOLI AT ALL.: "SMOKING AND UNYO CERDIEL IN FACTION IN WOMEN A CASE-CONTROL STUDY FROM NORTHERN ITALY" I EPIDEMIAL COMMUNITY HEALTH. ENGLISH 1989.
- FERRARONI M, LA VESCHIAE, PACANOR, NEGRI E.  
"SMOKING IN ITALY, 1986-1987". TOMORI 521-6.  
ENGLISH 1989.
- J ARVIS M.: "CENTER AND SMOKING-DO WOMAN REALLY FIND IT HARDER TO GIVE UP;".  
BR I ADDICT, 79(4) 383-7. ENGLISH 1984.
- JAFFE J., PETERSON R.: "Ναρκοτικά - Τσιγάρο - Αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις", Τόμος Α. Εκδόσεις, ΑΘ. ΨΥΧΟΓΙΟΥ. Αθήνα 1981.
- ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Π.: "Το κάπνισμα. Ο μύθος για τον καρκίνο". Τόμος Α. Εκδόσεις "ΚΑΚΤΟΣ", Αθήνα 1986.
- ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Β.: "Ιατρική Δημογραφία-Επιδημιολογία", Ιωάννινα 1983.
- ΚΟΛΟΜΒΟΣ Χ.: "EL DESUGRIENTO DE AMERICA.  
DIARIO DE GORDO 1492-1493. (Ανακάλυψη της Αμερικής.

VECCHIA G.; FRANCESCHI S, DECARLI A, FASOLI M.,  
GENTILE A. "GIGARETTE SMOKING AND THE RISK OF  
CERVICAL NEOPLASIA". AM I EPIDEMIOL 123. ENGLISH  
1986.

LA VECCHIA C, NEGRIE, PAGANO R.: "RECENT DECLINE OF  
SMOKING IN YOUNGER ITALIAN WOMEN [LETTER]".  
INT. J EPIDEMIOL 19 (1) 221. ENGLISH 1990.

MURRAY M. SWAN AV, MATTAR N.: "THE TEST OF NURSING  
AND RISK OF SMOKING".  
J ADR NURS, 8(2) 131-8. ENGLISH 1983.

MURPHY M, DANSON J., FITZPATRICK R.: "MARITAL STATUS  
OF WOMEN WHO SMOKE [LETTER].  
LANCET, 2(8674) 1986. ENGLISH 1989.

NISCHAN P., EBELING, SCHINDLER G.: "SMOKING AND INTRA-  
SIVE CERVICAL CANCER RISK.  
RESULTS FROM A CASE-CONTROL. STUDY".  
AM I EPIDEMIOL, 128(1) 74-7. ENGLISH 1988.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν.: "ΟΙ ΜΥΘΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΦΗ-  
ΜΙΣΤΙΚΗΣ ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑΣ", ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ "ΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ"  
Τόμος Α', Τεύχος 6, σελ. 10-11, Αθήνα 1985.

ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ.: "ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ  
Η ΕΦΑΡΜΟΣΘΕΙΣΑ ΚΑΠΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ". ΤΟΜΟΣ Α,  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1968.



ΠΕΤΣΙΝΗΣ Κ.: "ΠΩΣ ΝΑ ΚΟΥΕΙΣ ΤΟ ΤΣΙΓΑΡΟ", ΤΟΜΟΣ Α.  
'ΕΚΔΟΣΗ ΙΙ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ "ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΛΕΚΤΩΝ  
ΕΚΔΟΣΕΩΝ", ΑΘΗΝΑ 1976.

PIERCE JP.: "INTERNATIONAL COMPENSATIONS OF TRENDS IN  
CIGARETTE SMOKING PREVALENCE". AM I PUBLIC WEALTH  
79(2) 152-7. ENGLISH 1989.

ΠΟΝΤΙΦΗΚΑΣ Γ.: "ΜΑΘΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. Η ΑΓΝΟΙΑ ΕΚΟ-  
ΤΩΝΕΙ", ΤΟΜΟΣ Α. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟ-  
ΡΗΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1988.

ROED \_ PETERSON B.: "SMOKING HABITS IN EAST DENMARK  
AT OCTOBER 1979". SCAND I SA MED, 12(1) 39-47.  
ENGLISH 1984.

SACCANI JOTTI G.: "CIGARETTE SMOKING AMONG SCHOOL  
PUPILS IN ITALY". ANN NY ACED SCI, 534 826-32.  
ENGLISH 1988.

VELLAR OD, TELL GS, KIEPP KI.: "PREVENTING THE ONSET  
OF CIGARETTE SMOKING IN NORWEGIAN ADOLESCENTS:  
THE OSLO YOUTH STUDY". PRER.MED, 13(3) 256-75.  
ENGLISH 1984.

WATERSON EJ., MURRAY - LYON IM: "DRINKING AND SMOKING  
PATTERNS AMONGST WOMEN ATTENDING AN ANTENATAL CLINIC.  
BEFORE PREGNANCY". ALCOHOL-ALCOHOL 24(2) 153-62.  
ENGLISH 1989.